

В.А. Лискович, И.А. Наумов, Р.А. Часнойть

**Стандартизация
медицинской помощи
в акушерско-гинекологической
практике**

**Гродно
2004**

УДК 614.2:618(476.7)

О-641

ББК 51.1(2):57.1(4 Бей)

Рецензенты:

Э.А. Вальчук, член-корреспондент БелАМН, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор

В.С. Ракуть, профессор кафедры акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук

В монографии определены резервы снижения перинатальных потерь и намечены пути совершенствования деятельности службы родовспоможения в современных условиях на основе стандартизации организации и оказания медицинской помощи в Гродненской области. Разработаны основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи. Представлены стандартизированные схемы и алгоритмы обследования и лечения беременных и гинекологических больных, страдающих заболеваниями инфекционно-воспалительной этиологии. Оценена социально-экономическая эффективность внедрения на региональном уровне разработанного стандартизированного комплекса перинатальных технологий по оказанию медицинской помощи женскому населению на различных возрастных этапах функционирования репродуктивной системы.

Издание рассчитано на организаторов здравоохранения, врачей акушеров-гинекологов и других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи женскому населению, а также студентов медицинских высших учебных заведений.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ АГП (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	7
1.1. Состояние РЗ женского населения.	7
1.2. Современные организационно-методические и медицинские технологии.	10
1.3. Современные подходы к оценке эффективности технологий в АГС.....	13
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ АГП В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	24
2.1. Общие положения.	24
2.2. Лечебно-профилактическая деятельность ЖК.....	30
2.2.1. Профилактические осмотры женского населения и выявление гинекологических заболеваний.	30
2.2.2. Диспансеризация гинекологических больных.....	34
2.2.3. Организация функционирования дневного стационара ЖК	40
2.2.4. Прегравидарная подготовка женщин.....	44
2.2.5. Медицинская помощь беременным.	50
2.2.6. Организация специализированной амбулаторно-поликлинической АГП.	83
2.2.7. Профилактические осмотры и организация диспансеризации гинекологических заболеваний в подростковом возрасте.	84
2.3. Организация работы по формированию ЗОЖ.....	87
2.4. Амбулаторная АГП сельскому населению	88
ГЛАВА 3. СТАНДАРТЫ ЭТАПНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	93
ГЛАВА 4. СТАНДАРТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	219
4.1. Поддержание нормального биоценоза влагалища как основное условие антиинфекционной защиты ЖРС.....	223
4.2. Воспаление как реакция организма на действие инфекционного агента.	234
4.3. Этиология, патогенез и клиника воспалительных заболеваний ЖРС.....	238
4.4. Методы диагностики воспалительных заболеваний ЖРС.	247
4.5. Беременность и инфекционные осложнения.	261
4.6. Принципы лечения воспалительных заболеваний ЖРС.	279
ГЛАВА 5. СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В ЛПО АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	295
5.1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах.....	296
5.2. Медицинская учетная документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях).....	298
5.3. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях).	299
5.4. Медицинская учетная документация, используемая в других типах ЛПО акушерско- гинекологического профиля.	300
5.5. Медицинская учетная документация, используемая в лабораториях ЛПО.....	301
5.6. Стандарты оформления медицинской документации.	303
5.7. Стандартизированные формы должностных инструкций медицинского персонала ЖК.....	317
ГЛАВА 6. СТАНДАРТЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ	325
ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ АГП В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	325
6.1. Методики оценки эффективности оказания медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным	325
6.2. Анализ эффективности внедрения комплексного метода	339
организации этапной АГП женскому населению	339
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	344
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	354

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБТ	- антибактериальная терапия
АГП	- акушерско-гинекологическая помощь
АГС	- акушерско-гинекологическая служба
АД	- артериальное давление
БВ	- бактериальный вагиноз
БелМАПО	- Белорусская академия постдипломного образования
БПП	- биофизический профиль плода
ВЗОМТ	- воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВПр	- врожденные пороки развития
ВПС	- врожденные пороки сердца
ВУИ	- внутриутробное инфицирование
ГВЗ	- гнойно-воспалительные заболевания
ГДОКБ	- Гродненская детская областная клиническая больница
ГГМУ	- Гродненский государственный медицинский университет
ГОКРД	- Гродненский областной клинический родильный дом
ГРР	- группа "резерва родов"
ДВС	- диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДДУ	- детское дошкольное учреждение
ЖК	- женская консультация
ЖРС	- женская репродуктивная система
ЗВУР	- задержка внутриутробного развития
ЗОЖ	- здоровый образ жизни
ИППП	- инфекции, передающиеся половым путем
КМП	- качество медицинской помощи
КТГ	- кардиотохография
ЛКС	- лечебно-контрольный совет
ЛПО	- лечебно-профилактическая организация
МГС	- медико-генетическая служба
МЗ РБ	- министерство здравоохранения Республики Беларусь
МлС	- младенческая смертность
МПЦ	- межрайонный перинатальный центр
МС	- материнская смертность
НИИ ОМД	- научно-исследовательский институт охраны материнства и детства
ОМГЦ	- областной медико-генетический центр
ПЖ	- перитониальная жидкость
ПИФ	- прямая иммунофлюоресценция
ПлС	- планирование семьи
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь

ПНБ	- привычное невынашивание беременности
ПС	- перинатальная смертность
РДС	- респираторный дистресс-синдром
РЗ	- репродуктивное здоровье
СВУ	- сельский врачебный участок
СДР	- синдром дыхательных расстройств
СНГ	- Содружество независимых государств
ТМО	- территориально-медицинское объединение
УЗИ	- ультразвуковое исследование
УЗО	- управление здравоохранения
УПМ	- условно-патогенные микроорганизмы
ФАП	- фельдшерско-акушерский пункт
ФПН	- фетоплацентарная недостаточность
ХВЗПМ	- хронические воспалительные заболевания придатков
матки	
ХРС	- хронический сальпингит
ХЭ	- хронический эндометрит
ЦНС	- центральная нервная система
ЦРБ	- центральная районная больница
ЧСС	- частота сердечных сокращений
ЭКГ	- электрокардиограмма
ЭГП	- экстрагенитальная патология

ВВЕДЕНИЕ

Показатели МС, МлС и ПС характеризуют качество и эффективность медицинской помощи беременным и новорожденным и являются интегрированными для оценки общественного развития [5,18, 166].

Республика Беларусь по сравнению с большинством стран СНГ относится к регионам с низким уровнем перинатальных потерь [42,104]. Однако, несмотря на постоянное совершенствование акушерских технологий, повышение КМП беременным, уровень МС, МлС и ПС Беларуси превышает таковой в экономически развитых государствах [225]. В связи с этим поиск путей повышения эффективности оказания акушерско-гинекологической помощи является приоритетной задачей государственного здравоохранения.

Система государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Республике Беларусь предусматривает, как доступность оказания АГП, так и обеспечение ее качества. В то же время по общему объему затрат родовспоможение удерживает ведущее место в составе бюджетов здравоохранения всех уровней. Это определяется, как стремительным развитием современных перинатальных технологий, так и не менее быстрым их удорожанием. Поэтому оценка эффективности оказываемой АГП требует дополнительного социально-экономического анализа имеющихся ресурсов и стандартизации применяемых технологий для улучшения основных перинатальных показателей.

В настоящее время в Республике Беларусь отсутствуют комплексные исследования, посвященные разработке методов стандартизации оказываемой АГП и анализу её социально-экономической эффективности. В связи с этим, авторы выражают надежду, что предлагаемое исследование, обобщающее опыт по разработке, внедрению и оценке стандартизированных методик оказания АГП в Гродненской области, прежде всего, на амбулаторно-поликлиническом этапе, послужит отправной точкой для определения стратегий стандартизации перинатальных технологий на общегосударственном уровне.

Авторы выражают глубокую признательность заместителю директора НИИ ОМД МЗ РБ, д.м.н., профессору О.Н. Харкевич, ректору ГГМУ, д.м.н., профессору П.В. Гарелику, проректору по клинической работе ГГМУ доценту С.М. Смотрину, проректору по научной работе профессору С.М. Зиматкину, сотрудникам кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ доценту М.В. Кажиной и ассистенту А.Л. Гурину (заведующая – доцент Егорова Т.Ю.), главным врачам ЛПО области, районным акушерам-гинекологами, а также всем медицинским работникам, участвующим в оказании перинатальной помощи и внесшим личный вклад в реализацию мероприятий по повышению эффективности оказания акушерско-гинекологической помощи в Гродненской области.

ГЛАВА 1. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ АГП (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Состояние РЗ женского населения.

В процессе структурной перестройки и реформирования системы родовспоможения приоритетной должна стать задача сохранения и укрепления ЖРЗ, являющегося индикатором перинатальных потерь [10].

Бурдули Г.М. и Фролова О.Г. (1997) определяют РЗ «как отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушений репродуктивной функции, возможности осуществления процессов репродукции при полном физическом, психическом и социальном благополучии» [26].

Харкевич О.Н. (2001) задачу сохранения и укрепления РЗ предлагает рассматривать со следующих позиций:

- постоянный мониторинг и научная оценка демографической ситуации;
- улучшение основных показателей деятельности службы родовспоможения, возрастание их роли в демографической политике страны;
- выявление причин ухудшения ЖРЗ и поиск путей его коррекции [212].

Как свидетельствуют результаты ряда исследований, изменившиеся в последнее двадцатилетие социально-экономические условия жизни в стране, негативное влияние экологических и прочих средовых факторов привели к существенному ухудшению РЗ [5, 6, 158, 164].

Согласно современным социологическим данным, в странах СНГ за последнее десятилетие удельный вес здоровых женщин репродуктивного возраста снизился на 40% [33]. В Московской области Российской Федерации удельный вес практически здоровых женщин репродуктивного возраста составляет только 15-18 % [55].

Многие авторы прогрессирующее ухудшение здоровья женщин репродуктивного возраста объясняют социальными причинами и генотоксичностью окружающей среды [19, 20, 21]. На это указывают в официальных докладах и эксперты ВОЗ [56, 145].

Как свидетельствуют результаты исследований Айламазяна Э.К. (1997), Акулова И.К. (1997), Бакрадзе М.Д. и др. (1998), у женщин детородного возраста наблюдаются активно протекающие процессы хронизации, как гинекологической, так и ЭГП, с охватом все более молодых возрастов. При этом отмечается рост заболеваемости воспалительными и эндокринными заболеваниями, а также новообразованиями репродуктивной системы [5, 6, 20].

Ухудшение состояния здоровья беременных женщин и рожениц создает предпосылки для роста заболеваемости новорожденных. Это

выдвигает в число важных задач проведение мероприятий по профилактике состояний, ухудшающих РЗ, а также по ранней диагностике и прогнозированию возможного неблагоприятного воздействия факторов среды на организм женщины и ее потомства [23, 24, 33, 162].

Наиболее значимыми факторами, оказывающими влияние на ухудшение РЗ являются следующие:

- недостаточный уровень санитарной культуры населения [19, 198];
- раннее начало половой жизни [21, 48, 171];
- случайные половые связи [42, 201];
- рост числа ИППП и вредных привычек [4, 53, 74, 262];
- увеличение частоты генитальных заболеваний и ЭГП [8, 27, 59];
- снижение иммунной и неспецифической резистентности организма [57, 80, 143, 164];
- низкий уровень подготовки женщин к осуществлению репродуктивной функции [59, 77, 207];
- недооценка мужского фактора в реализации репродуктивной функции [53, 94, 171];
- отсутствие должного учета влияния вредных факторов внешней среды на плод и новорожденного и возможностей своевременного их устранения [32, 133, 147];
- недостаточно высокий уровень специализированной помощи женщинам в процессе выполнения репродуктивной функции [149, 211, 233].

В настоящее время накоплен большой материал, свидетельствующий о нарушении репродуктивной функции в различных популяциях женщин фертильного возраста, подвергающихся совокупности деформирующих воздействий.

В интересах проводимого исследования остановимся на некоторых из работ.

Одним из важнейших факторов, определяющих состояние ЖРЗ, является уровень гинекологической заболеваемости [83]. Исследования структуры гинекологической заболеваемости, основных тенденций их изменений служат основой для оценки состояния РЗ женщин [87, 132, 291]. Исследования гинекологической заболеваемости важны также для определения максимального объема материальных и кадровых ресурсов в осуществлении необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и обеспечения их эффективности при различных патологических состояниях [3, 12, 43, 299, 305].

Исследованиями Караника А.С. и др. (2002), Кулавского В.А. и др. (2001), Малевича К.И. и Русакевича П.С. (1994), Palta M. et al. (1994), Petterson F. (1985) показано, что частота выявления основных видов гинекологической патологии и ее структура зависят от территориального

фактора и организации оказания гинекологической помощи в регионе [76, 101, 129, 290, 291].

Большое значение имеет возрастной фактор. Так, у девочек 9-15 лет частота гинекологической патологии составляет 11,4 %. В структуре заболеваний на первом месте – нарушения менструальной функции (71,5 %); на втором – воспалительные заболевания (15,3 %); на третьем – нарушения полового созревания (7,4 %) [7, 247]. До 40 % девушек имеют те или иные отклонения в пубертатном периоде. Сначала они носят функциональный характер, а в последующем, без проведения соответствующей коррекции, приобретают устойчивые формы поражения [9, 24, 48, 52, 139]. У 50-64 % девушек имеются нарушения репродуктивной функции, которые требуют выявления и лечения [193, 259, 302]. Частота гинекологической заболеваемости у женщин молодого возраста достигает 50 % [25, 62, 139].

Исследованиями Гаспарова А.С. и др. (1997), Козлова В.И. и др. (1995), Кулакова В.И. и Овсянникова Т.В. (1997), Guzick D.S. (1989), Henry – Suchet J. (1993) доказано, что организм женщины в сравнении с мужским более чувствителен к неблагоприятным факторам внешней среды, что выражается в более высоких уровнях заболеваемости [43, 86, 99, 265, 268].

В последнее десятилетие двадцатого века наблюдалось значительно более выраженное ухудшение состояния здоровья девушек-подростков (на 7,5 %) по сравнению с юношами (на 1,5 %). У девушек в возрасте 15-17 лет показатель заболеваемости в 1,5 раза выше, чем у юношей данной возрастной группы. 17,9 % девушек страдают заболеваниями мочеполовой системы, у юношей этот показатель составил 2,9 % [5, 59, 133, 243].

Чаще выявляются у девушек и соматические заболевания [10, 11]. Однако, как свидетельствуют исследования Богдановой Е.А. (2000), девушки в 2 раза реже направляются на консультации и лечение к специалистам. Автором это объясняется тем, что юноши допризывного возраста подвергаются более тщательному обследованию, чем девушки-подростки [24].

В то же время становление ЖРЗ происходит именно в пубертатном периоде, причем наиболее ответственным является возраст 12-17 лет [6, 48]. Диспансерное наблюдение педиатром проводится лишь до 15 лет, к терапевту девочки обращаются, как правило, с развившейся патологией. Все это свидетельствует о значительной недооценке подросткового этапа для выявления в процессе диспансеризации, как гинекологической, так и ЭГП [52].

Постоянно ухудшающееся состояние здоровья девушек-подростков оказывает непосредственное влияние на уровень заболеваемости беременных женщин и новорожденных, а также на показатели МС и ПС [32, 244, 252].

Как свидетельствует анализ литературы, ухудшение качества ЖРЗ оказало негативное влияние на состояние заболеваемости беременных женщин, исходы беременностей и родов.

Так, по данным Дуды И.В., Дуды В.И. (1997), ЭГП или гинекологическая патология регистрируется у каждой второй беременной [58]. Согласно данным Кира Е.Ф. и др. (1999), число женщин, беременность у которых осложнилась той или иной патологией, увеличилось с 53,7 на 100 беременных в 1992 году до 74,9 – в 1999 году. При этом ведущими экстрагенитальными заболеваниями, осложнявшими течение беременности, явились анемии, уровень заболеваемости которыми в 1999 году составил 31,0 на 100 беременных, патология щитовидной железы – 18,2, заболевания мочеполовой системы – 13,5 [27, 146].

ЭГП оказывает неблагоприятное влияние, как на течение беременности (рост гестозов, невынашивания) и родов (высокий процент оперативного родоразрешения), так и на здоровье новорожденных детей [213, 246, 253, 256].

Значительный процент ЭГП выявляется впервые только во время гестации. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. (1996), Raavonen J. et al. (1987) объясняют это, как повышенной нагрузкой на органы и системы беременных, так и недостатками в существующей диспансеризации девушек и подготовке их к материнству [100, 289]. Врачи акушеры-гинекологи ЖК располагают сведениями о характере ЭГП беременных лишь у 13,7 % из них [12, 41]. Достаточно информированными они были лишь в 30 % случаев. Это затрудняет их в определении правильной тактики диспансерного наблюдения и ведения родов [111]. По сведениям Николаевой Е.И. и Тахиян А.А. (1998), отсутствие интеграции терапевтической службы и АГС в обеспечении достоверной и своевременной информации о состоянии соматического здоровья молодых женщин увеличивает частоту отклонений в родах до 64 % [149].

Таким образом, ухудшение качества РЗ вызывает необходимость совершенствования медицинских и организационных технологий с целью снижения уровня репродуктивных потерь [41, 212].

1.2. Современные организационно-методические и медицинские технологии.

В повышении качества РЗ и снижении репродуктивных потерь большую роль играют взаимосвязанные между собой современные организационные и медицинские технологии.

Sunits T. et al. (1994) определяют технологию здравоохранения как любую научно-практическую деятельность, направленную на решение конкретной задачи в охране здоровья населения [303].

Среди технологий здравоохранения наиболее важными являются:

- методы выявления заболеваний и факторов риска;
- методы профилактики, диагностики и лечения;
- методы организации медицинской помощи;
- стратегия управления здравоохранением;

- работа вспомогательных служб;
- научно-методическая информация, используемая в практической работе;
- планы и стратегии развития здравоохранения [2, 18, 40].

Как свидетельствуют результаты ряда исследований, эффективное снижение перинатальных потерь может быть достигнуто только за счет совершенствования, как собственно медицинских технологий, так и технологий управления, а также процессами их осуществления [41, 45, 67, 68, 71, 72, 285]. При этом эти технологии должны охватывать, как амбулаторно-поликлиническое, так и стационарное звенья АГС [35, 71]. Кроме того, они должны быть объединены в единую технологическую цепочку [107].

По оценке экспертов ВОЗ, в условиях структурной перестройки перинатальной помощи управленческие технологии приобретают все более важное значение в современном родовспоможении [56]. При этом повышается роль мероприятий, направленных на более рациональное и эффективное использование выделяемых финансовых средств: внедрение новых ресурсосберегающих и эффективных организационных форм оказания медицинской помощи и технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации [92, 93].

Ключевым критерием эффективности применения медицинских и организационных технологий в АГС является повышение КМП, то есть в конечном итоге повышение качества ЖРЗ и снижение уровня перинатальных потерь [114].

Перспективными направлениями повышения КМП в АГС являются:

- разработка протоколов обследования и лечения распространенных заболеваний [28, 37];
- совершенствование структуры протоколов с целью выработки наиболее оптимальных алгоритмов, содержащих технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины [155, 161];
- детализация технологических схем обследования и лечения вплоть до создания специализированных клинико-организационных руководств по опыту здравоохранения стран СНГ, Австралии, Канады [13, 28, 37, 50, 199, 258, 277].

Таким образом, обеспечить КМП – значит обеспечить ожидаемый уровень медицинской помощи в соответствии с определенными критериями (протоколами). Это является стандартом для оценки качества, с которым будут сравниваться и оцениваться реально протекающие процессы в здравоохранении [151].

Медицинские стандарты диагностики, лечения и КМП призваны обеспечить необходимый уровень медицинской помощи населению, регламентировать работу стационарного и поликлинического звена АГС [150].

Соответствие стандарту означает разрешение ЛПО проводить диагностическую и лечебную работу с конкретной нозологической единицей. При этом каждый этап оказания такой помощи состоит из перечня диагностических процедур минимального уровня, обеспечивающего постановку диагноза при данном заболевании в классических случаях, и максимального (достаточного) уровня, позволяющего проводить дифференциальную диагностику, определять степень тяжести заболевания, дифференцировать выбор тактики лечения [193].

Главная цель стандартизации, определенной Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь, является создание информационно-технологической базы, обеспечивающей, с одной стороны, условия для организации доступной, гарантированной финансовыми ресурсами государства помощи населению, с другой – позволяющей на основании клинико-экономического анализа с учетом достижения доказательной медицины более рационально использовать ресурсы отрасли [224].

Важное значение в решении задач стандартизации медицинской помощи отводится системе экспертизы качества ее оказания [227]. Медицинский персонал обязан обеспечить своевременное и квалифицированное лечение каждого конкретного больного. В связи с этим, основным фактором, определяющим КМП, является профессиональный уровень врача. Именно от врача зависит выбор и полноценность использования имеющихся в его распоряжении методов диагностики и лечения заболевания, степень риска для пациента, обусловленная как самим заболеванием, так и проведением диагностических процедур и лечебных мероприятий, а также удовлетворенность пациента результатами оказания медицинской помощи [236].

Экспертная оценка КМП позволяет сделать аргументированные выводы о наличии дефектов в ее оказании на различных этапах и различными звеньями АГС [230].

Для приведения в соответствие региональных различий в КМП необходимо также создание единых оценочных показателей качества (регистров качества). Применение регистров качества позволяет снизить количество повторных дублирующих лечебно-диагностических мероприятий и оценить эффективность того или иного вида медицинской деятельности [209].

Эффективность функционирования конкретных служб каждого ЛПО, также КМП населению в значительной степени зависит от качества работы управленческих структур, которое обусловлено, как уровнем компетентности, так и организаторскими способностями и практическим опытом их руководителей. Именно на этой основе должны обеспечиваться адекватные объемы планирования и координации деятельности подчиненных учреждений и служб на всех уровнях управления [229].

В территориальных системах здравоохранения должны эффективно обеспечиваться следующие механизмы:

- вовлечение работников сферы управления всех уровней в процесс изучения проблемы;
- овладение основами научного анализа и оценки социально-гигиенических явлений и деятельности медицинских структур и служб;
- стимулирование изучения передового опыта работы и новых медицинских технологий, оперативное внедрение их в практику здравоохранения, оценка их эффективности [12, 13, 33, 41, 234].

Таким образом, работа по повышению КМП в АГС представляет собой непрерывный процесс, включающий планирование, непосредственную медицинскую деятельность, оценку ее эффективности, принятие мер управленческого характера, то есть использование всего арсенала современных организационных и медицинских технологий [71, 150].

1.3. Современные подходы к оценке эффективности технологий в АГС.

По мнению экспертов ВОЗ (1994), оценка технологий в здравоохранении приобретает все большее значение в современном мире, т.к. достижения медицинской науки приводят к появлению более современных и, зачастую, более дорогостоящих оборудования и медикаментов [145].

Ограниченность государственных ресурсов обязывает медицинский персонал и руководителей здравоохранения обеспечить КМП в рамках имеющихся бюджетных средств. Для обеспечения возможности принятия правильных управленческих решений необходима наиболее достоверная информация об эффективности и результативности применения технологий в здравоохранении [149].

Оценка технологии здравоохранения – это систематический междисциплинарный научный анализ методов, используемых в практическом здравоохранении с целью изучения клинической и экономической эффективности, безопасности, этических и социальных аспектов применения технологии [2, 151, 193, 215, 216, 306].

Оценка технологии здравоохранения основана на изучении конечных результатов, полученных при применении исследуемых методик в медицинской практике. Она включает в себя различные аспекты изучения конечного результата, полученного от применения исследуемой технологии в медицинской практике [82].

Таким образом, современные медицинские технологии включают в себя различные аспекты изучения конечного результата деятельности медицинского персонала лечебно-профилактических организаций.

Поскольку в акушерско-гинекологической практике конечным критерием эффективности применяемых технологий является уровень репродуктивных потерь, то организационно-методические и медицинские технологии должны включать в себя оценку клинической эффективности и влиять на повышение качества жизни и ЖРЗ[10].

Для обеспечения возможности принятия правильных управленческих решений необходима наиболее достоверная информация об эффективности и результативности применения технологий в родовспоможении [45]. Часнойть Р.А. и др. (2003) подчеркивают, что важнейшим направлением по улучшению РЗ является реализация Президентской программы "Дети Беларуси", Республиканской программы "Здоровье народа" с ориентацией АГС и всех общемедицинских служб на перинатальную охрану плода [231].

Комплекс мероприятий по развитию и совершенствованию АГС должен включать такие обязательные разделы деятельности как улучшение качества здоровья подростков и молодых людей и ПлС [52, 219].

В улучшении РЗ девочек-подростков важное значение имеют нравственно-половое воспитание подростков, содействие безопасному и ответственному сексуальному поведению с обеспечением подходящей возрасту и состоянию контрацепцией. Главная роль в проведении этой работы должна отводиться организации в каждой поликлинике или ЖК специализированного приема акушера-гинеколога для подростков [48, 52, 201].

В современных условиях приоритетное значение приобретает ПлС и прегравидарная подготовка.

Для физиологичности протекания беременности существенное значение имеют общее состояние женщины, ее психологический настрой, «желанность» данной беременности. Важным фактором является состояние окружающей среды – наличие или отсутствие вредных для здоровья факторов [5, 130].

Крайне важное значение имеет полноценная диспансеризация лиц ГРР. Это связано с тем, что на каждом этапе жизни женщина по-разному оценивает значимость сексуальных отношений, различны также методы предохранения от нежеланной беременности в зависимости от состояния здоровья, социального благополучия семьи [19, 99, 219].

Как известно, ПлС и диспансеризация ГРР направлены на решение двух основных задач: избежать нежеланной беременности и иметь только желанных и здоровых детей.

Первая задача должна решаться, во-первых, путем сексуального воспитания и просвещения, во-вторых, внедрением современных форм и методов контрацепции. Наибольшего эффекта будет достигать работа, проводимая в кабинетах ПлС. Важным является вовлечение мужчин в решение этой проблемы [53, 199].

Как свидетельствуют работы Харкевич О.Н. и др. (2001), Sweet R.L. (1988, 1994), Trevoux R. (1985), при подготовке к материнству

повышенного внимания требуют женщины с воспалительными заболеваниями. Наличие очагов инфекции приводит к ВУИ плода и его гибели [216, 304, 307]. Поэтому целесообразно планирование беременности, догестационная подготовка (витаминация - прием фолиевой кислоты, профилактика йодной недостаточности и железодефицита), деконтаминация после соответствующей санации [7, 10, 53, 73].

Своевременное лечение ЭГП у женщин на этапе первичного звена и диагностика врожденной патологии плода у женщин высокого «риска» позволит избежать перинатальных потерь не только от ВУИ, но также и от ВПР [78, 122].

Все большую значимость приобретает донозологическая диагностика путем "диспансеризации" населения. Диспансеризация практически здоровых женщин (1-2 раза в год) имеет своей целью обеспечить сохранение здоровья, формирование здорового образа жизни в каждой возрастной группе, устранение факторов «риска», укрепление защитных сил организма с целью предупреждения акушерско-гинекологической патологии [201, 207].

В ряде исследований обосновывается необходимость интеграции службы охраны здоровья матери и ребенка на амбулаторно-поликлиническом уровне с общей лечебной сетью [13, 33, 212].

Такая позиция является перспективной.

Профилактическая направленность деятельности всех служб здравоохранения представляет особую актуальность в современной системе родовспоможения. Дальнейшее совершенствование системы управления родовспоможением следует осуществлять именно, исходя из профилактической направленности деятельности АГС. Акцент при этом должен быть сделан на достижении конечного результата - улучшении РЗ и снижении репродуктивных потерь [12, 26, 32, 245].

По мнению Кравцовой Н.Г. и Дегтярева А.Н. (1995), Кулакова В.И. и Овсянниковой Т.В. (1997), в условиях значительного ухудшения РЗ особое значение приобретает диспансеризация беременных женщин, требующая энергичных усилий не только врача акушера-гинеколога, терапевта, но и врачей других специальностей [94, 99]. Как указывают в своих исследованиях Харкевич О.Н. и др. (2002), при диспансерном наблюдении беременных с патологией сердечно-сосудистой системы должна быть создана неразрывная цепочка, включающая акушера-гинеколога, педиатра, терапевта, кардиолога, окулиста, невропатолога, ЛОР-врача, психотерапевта, а при необходимости кардиохирурга и других специалистов [216].

Диспансерному наблюдению беременных при наличии ЭГП будет способствовать развитие стационарозамещающих (дневных стационаров при ЖК, поликлиниках; коек дневного пребывания на базе отделений патологии беременности) и скрининговых технологий. Выделение в качестве отдельного этапа специализированных учреждений по оказанию

помощи родильницам с заболеваниями печени, невынашиванием, септическими осложнениями способствует снижению ПС и тяжелых осложнений беременности и родов у данной группы женщин [10, 51, 84].

Исследованиями Харкевич О.Н. и др. (2001), Schwartz R.M. et al. (1994) установлено, что уровень перинатальной заболеваемости и ПС коррелирует с уровнем заболеваемости беременных, степенью тяжести имеющихся у них заболеваний, наличием тяжелейшего осложнения беременности – гестоза. Профилактика этого осложнения должна начинаться до наступления беременности. Выявление генитальной и ЭГП у девочек, девушек, женщин репродуктивного возраста, особенно у планирующих беременность, у беременных в ранние сроки гестации и их оздоровление составляют основу первичной профилактики гестоза [54, 298]. Виктор В.Х.Ю., Вуд Э.К. (1991), Нисвандер К., Эванс А. (1999), Кулаков В.И. (2000), также подчеркивают сформулированную выше позицию о необходимости принятия активного участия в профилактике этой патологии не только акушеров-гинекологов, но и других специалистов - терапевтов, педиатров, урологов, нефрологов, эндокринологов [8, 12, 147].

По мнению Соболева В.Г. (1991), Старостиной Т.А. и Фроловой О.Г. (1990), Токовой З.З. (1990), Wilcox A.J. (1993) мероприятия по профилактике гестоза должны начинаться в условиях ЖК еще на прегравидарном этапе и продолжаться во время беременности. Они должны включать: выявление женщин, имеющих факторы «риска» ОПГ-гестоза, проведение у них комплексного обследования, консультаций смежных специалистов для решения вопросов оздоровления. Реабилитационные мероприятия, начатые в условиях ЖК, должны быть продолжены на стационарном этапе [198, 201, 207, 314].

Исследования Харкевич О.Н. (2001) свидетельствуют, что использование современных технологий в акушерских стационарах позволяет снизить МС не только от гестозов, но и от кровотечений и септических осложнений [212]. В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, составляя среди причин МС 20-25 %. В настоящее время разработаны представления о группах высокого риска развития кровотечений среди беременных, усовершенствованы методы ведения родов с широким применением для профилактики кровотечений окситотических средств в третьем периоде родов [8, 11, 44, 61, 254].

Вместе с тем, несмотря на применение современных утеротонических средств, программированных родов, повышение квалификации медицинского персонала родильных домов, актуальность проблемы кровотечений не снижается, что диктует необходимость разработки комплексной программы их профилактики [12, 15, 71, 263].

Как свидетельствуют исследования Дуды И.В., Дуды В.И. (1997), Соболева В.Б. (1991), важное место в практическом акушерстве продолжает занимать проблема родового травматизма как один из путей

уменьшения перинатальной заболеваемости и ПС [58, 198]. С целью снижения родового травматизма предлагается проводить амниотомии строго по показаниям с учетом готовности организма к родам, а первый период родов вести под строгим контролем фаз периода раскрытия шейки матки [223, 233, 301].

Хачкурузов С.Г. (1999) разработал для совершенствования технологий родовспоможения соответствующие картограммы [218]. Fujiwara T. et al. (1990) для снижения травматических осложнений родового акта разработали стандартизованные схемы дифференцированного назначения спазмолитиков и анальгетиков, предложили вести быстрые и стремительные роды с токолизом β -адреномиметиков, а роды в группе высокого «риска» по родовому травматизму проводить под контролем кардиофетомонитора с применением пудендальной анестезии [260].

Hoekstra R.E. et al. (1991) модифицировали методику рассечения промежности при находящейся на тазовом дне головке плода и предложили с целью выбора рационального метода родоразрешения критерии выделения группы «риска» по затрудненному выведению плечиков (дистоции) в конце беременности с помощью УЗИ и определения отношение диаметра груди к бипариетальному размеру головки [270].

Таким образом, современные перинатальные технологии в значительной мере нацелены на проведение мероприятий, заключающихся в снижении травматизма новорожденных и определении групп высокого «риска» по родовому травматизму для матери и плода [9, 41, 84, 249, 266].

В настоящее время в связи с ростом числа и частоты акушерско-гинекологической патологии и ЭГП особую актуальность приобретает проблема оказания специализированной родовспомогательной помощи [133]. Стрижаков А.Н. и соавт. (2000), Чернуха Е.А. (1991) считают, что специализированная акушерская помощь должна оказываться у беременных с сердечно-сосудистой и эндокринологической патологией, угрозе невынашивания, при развитии воспалительных осложнений родов и послеродового периода, при возникновении иммунноконфликтных ситуаций, при выявлении врожденной патологии у плода [84, 233].

По мнению Адамяна Л.В., Бобковой М.В. (1995), Вишневской Е.Е. (1994), Можейко Л.Ф. (2002), Vercellini P., Grosignani P.G. (1993), в гинекологической практике основными состояниями, при которых необходима специализированная помощь являются бесплодие, эндокринная патология, детская и подростковая гинекология, патология шейки матки и онкогинекология [3, 36, 139, 309].

Как считают Кулаков В.И. (2000), Старостина Т.А., Фролова О.Г. (1990), наиболее перспективными для предоставления специализированной перинатальной помощи являются ЖК типа "Брак и семья", кабинеты в ЖК (невынашивания, эндокринной патологии беременных и др.); специализированные отделения патологии беременных, стационары или центры по родоразрешению [12, 201].

Предложения, направленные на дальнейшее развитие организационных мероприятий, совершенствований специализированной перинатальной помощи, в частности, этапность и последовательность оказания экстренной помощи в родовспомогательных стационарах, дифференцированное ведение беременных групп "высокого" и "низкого" риска в соответствии с разноуровневой системой перинатального ухода, сформулированы в исследованиях Кагировой Г.В. (1997), Харкевич О.Н. и др. (2002) [71, 217].

Как установлено работами Дуды И.В., Дуды В.И. (1997), Barbieri R.L. (1992), Becker T.M. et al. (1986), Giese K. – P. (1987), Gindorff P.R. et Jewelewicz R. (1986), в связи регионализацией акушерской и неонатальной помощи необходимы оснащение МПЦ III и II уровней современным оборудованием, медикаментами и расходными материалами для оказания неотложной и реанимационной помощи, как роженицам, так и новорожденным [58, 248, 250, 262, 263].

Исследованиями Бакрадзе М.Д. и др. (1998), Герасимовича Г.И. (1999), показано, что независимо от уровня оказания перинатальной помощи для снижения перинатальных потерь важно обеспечение оптимального акушерского и неонатального ухода, включающее в себя демедикализацию родов, ведение родов с использованием партограмм, профилактику гипотермии новорожденных [20, 44].

Кроме того, в дальнейшем снижении уровня перинатальных потерь важная роль исследователями отводится совершенствованию курации практического здравоохранения сотрудниками соответствующих кафедр медицинских университетов, Бел МАПО, НИИ ОМД МЗ РБ [33, 45, 55, 71].

Изучение и анализ литературы позволяет заключить, что 27-30 % перинатальных потерь возможно предотвратить за счет своевременной пренатальной диагностики состояния плода, адекватного лечения при развитии осложнений беременности, как на амбулаторно-поликлиническом, так и стационарном этапах, а также за счет рационального ведения родов, динамического контроля за состоянием новорожденного, оказания реанимационной и интенсивной помощи при наличии показаний [8, 9, 46, 61, 115, 116, 255, 257].

Как свидетельствуют исследования Багненко С.Ф. и др. (2002), анализ возможности внедрения новых медицинских технологий в клиническую практику традиционно базируется на оценке их эффективности по степени влияния на конечные результаты лечебно-диагностического процесса [18]. При этом экономические параметры, характеризующие влияние новых технологий на совокупные затраты лечебного процесса, а также их структуру, изучены значительно меньше. Это связано, как с недооценкой значения финансово-экономических факторов в организации лечебно-диагностического процесса, так и с отсутствием надежных и прямых методик прямого учета затрат и стоимости лечения [22]. В то же время, отсутствие информации об

экономической эффективности внедряемых медицинских технологий не позволяет в полной мере судить о возможностях и перспективах их широкого практического использования [45].

Экономический анализ в здравоохранении – это совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности ЛПО и их подразделений, позволяющих обеспечить достоверную оценку результатов их деятельности, выявить пути рационализации использования ресурсов [82].

По мнению Кобина С.А. (1999), Коста Фонт Х., Ровира Фонт Ж. (2000), при проведении системного экономического анализа деятельности ЛПО выделяют ряд этапов [85, 93].

На первом этапе определяются цели и задачи экономического анализа деятельности ЛПО для определения управленческих решений, которые необходимо предпринять для эффективного использования ресурсов для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах. При этом, по мнению Кадырова Ф.Н. (1999), основными задачами экономического анализа в ЛПО являются следующие:

1. контроль и оценка выполнения плановых показателей.
2. оценка эффективности использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов.
3. выявление резервов повышения эффективности деятельности организации и ее подразделений.
4. анализ эффективности управленческих решений [72].

На следующем этапе экономического анализа разрабатывается система синтетических и аналитических экономических показателей, характеризующая деятельность ЛПО и ее подразделений [69].

На третьем этапе создается планово-экономическая модель ЛПО, которая представляет собой совокупность взаимосвязанных между собой синтетических и аналитических показателей (натуральные, стоимостные и трудовые нормативы) и факторов производства. В целом модель отражает спрос населения на медицинские услуги, величину предложения со стороны ЛПО, производственные мощности, цены и затраты на производимые медицинские услуги, эффективность производства и управленческие решения [102].

Как свидетельствуют результаты исследований Коста Фонт Х. и др. (2002), в медицинские услуги включаются показатели, которые отражают спрос населения в видах и объемах медицинской помощи. Спрос характеризуется синтетическими показателями уровня госпитализации больных в стационары и посещаемости населения ЛПО амбулаторно-поликлинического типа и оказывает влияние на величину предложения услуг со стороны лечебной организации. Предложение медицинских услуг характеризуется такими следующими показателями, как численность пролеченных больных в стационаре, количество посещений в поликлинике, обеспеченность населения стационарными койками и врачами [193]. В современных условиях существует необходимость

приведения в соответствие реального спроса населения на медицинские услуги и предложения со стороны ЛПО за счет изменения организационной структуры лечебных организаций, а также внедрения новых технологий и стандартизации оказываемой медицинской помощи [151]

Производственные мощности характеризуют плановую эффективность использования производственных ресурсов (материальных, финансовых и трудовых) в расчете на одного пролеченного больного в стационаре и одно посещение в поликлинике [236]. Цены и затраты на производимые медицинские услуги отражают плановую себестоимость медицинских услуг и плановый объем финансирования ЛПО [237]. Наконец, эффективность производства характеризует экономическую эффективность деятельности ЛПО по формуле: затраты/ результат [242].

Таким образом, на основе анализа эффективности деятельности ЛПО принимаются управленческие решения, направленные на повышение эффективности его деятельности [71, 72].

Как свидетельствуют результаты исследований Авксентьева М.В. и др. (2000), резервы деятельности ЛПО определяются на основе экономического анализа деятельности [237]. При этом в настоящее время в системе здравоохранения выделяют два основных вида резервов:

1. Рациональное использование ресурсов при существующей системе производства медицинских услуг [18].
2. Интенсификация и повышение эффективности производства медицинских услуг [55].

На основе литературных данных [40, 45, 55, 68, 71, 72, 89, 102], классификацию резервов преимущественно интенсивного развития ЛПО можно представить следующим образом:

1. Совершенствование системы управления производством медицинских услуг:
 - совершенствование планирования;
 - совершенствование организации;
 - совершенствование мотивирования персонала;
 - совершенствование координации;
 - совершенствование экономического анализа;
 - совершенствование контроля.
2. Совершенствование производства медицинских услуг:
 - совершенствование использования материальных ресурсов;
 - совершенствование использования трудовых ресурсов;
 - совершенствование использования финансовых ресурсов;
 - совершенствование использования информационных ресурсов.

По мнению Кораблева В.Н. [92], приоритетами в части планирования следует считать:

1. Определение объемов медицинской помощи не от мощности ЛПО, а от реального спроса населения в стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

2. Создание эффективной системы контроля, разработка и мониторинг минимальных социально-экономических нормативов.

3. Использование в планировании системы количественных и качественных натуральных, стоимостных и трудовых нормативов в их абсолютном и относительном выражении, нацеленных на интенсивное развитие ЛПО и достижение экономической эффективности.

4. Интеграция в ЛПО различных источников финансирования.

Как считают Кунц Г., Одоннел С. (1981), приоритетными в части организации являются:

1. Создание оптимальной модели управленческой и производственной структуры ЛПО.
2. Реструктуризация ЛПО в части адаптации их структуры к потребностям населения в медицинской помощи. Например, создание дневных стационаров, внедрение стационарозаменяющих технологий.
3. Внедрение стандартизированных ресурсосберегающих технологий в соответствии с уровнями оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи [102].

Ряд авторов [131, 199, 237] приоритетными в части мотивирования считают:

1. Внедрение стимулирующих форм оплаты труда, методов социального стимулирования.
2. Изменение системы оплаты труда персонала, основанной на системе показателей, включающих интенсивность, сложность, качество и эффективность труда.
3. Повышение квалификации специалистов.

По мнению Авксентьева М.В. (2003), Багненко С.Ф. и др. (2002), приоритетными в части контроля являются:

1. Внедрение реальной экономической ответственности руководителей ЛПО за объемы, качество и эффективность медицинской помощи.
2. Регулирование закупок дорогостоящих технологий.
3. Государственное регулирование цен на жизненно необходимые лекарственные средства и оборудование.
4. Совершенствование системы внутри- и вневедомственного контроля объемов и качества оказания медицинской помощи [2, 18].

Как считают Воробьев П.А. и др. (2004), Кадыров Ф.Н. (1999), Кобина С.А. (1999), приоритетным в части анализа является разработка натуральных, стоимостных и трудовых нормативов, характеризующих экономическую эффективность ЛПО [72, 82, 85].

Анализ литературы по сравнению медицинской результативности и экономической эффективности [41, 45, 55, 68, 93, 106, 113, 123] позволяет классифицировать медицинские технологии следующим образом:

1. Медицинская результативность – совокупная оценка, характеризующая основные качественные показатели лечебно-диагностического процесса:
 - высокая – характеризуется статистически достоверным снижением летальности в данной нозологической группе;
 - умеренная – характеризуется снижением числа и тяжести осложнений в данной нозологической группе;
 - незначительная – характеризуется отсутствием побочных и иных отрицательных последствий внедрения медицинских технологий или отсутствием однозначной статистической достоверности снижения летальности, числа и тяжести осложнений.
2. Экономическая эффективность – совокупная оценка, характеризующая основные экономические параметры:
 - положительная – характеризуется повышением положительной (уменьшением уровня отрицательной) рентабельности;
 - неизменная – характеризуется отсутствием изменений уровня рентабельности и объема затрат на лечение больных данной нозологической группы;
 - отрицательная – характеризуется повышением затрат на лечение и снижением положительной (увеличением уровня отрицательной) рентабельности.

Одновременный анализ медицинской результативности и экономической эффективности позволяет обоснованно формировать управленческие решения, касающиеся внедрения новых медицинских технологий в широкую клиническую практику [150, 151].

Так, по мнению Авксентьева М.В. и др. (2002), наиболее приоритетными следует считать те технологии, которые сопровождаются высокой или умеренной медицинской результативностью в сочетании с положительной или неизменной экономической эффективностью. Учитывая, что внедрение данных медицинских технологий, обладая положительным влиянием на исходы лечения, не сопровождается увеличением затрат на его осуществление, можно сделать вывод, что их применение оправданно во всех случаях и должно рассматриваться как стандарт лечебно-диагностического процесса медицинских учреждений, в том числе и в АГС [237].

В то же время, как отмечают Харкевич О.Н. и др. (2000), деятельность АГС определяется в первую очередь так называемой социально-экономической эффективностью, то есть уровнем материнских,

младенческих и перинатальных потерь [13]. Так, в целом ряде случаев использование дешевых лекарственных средств и изделий медицинского назначения, например, кетгутового шовного материала, вызывает, с одной стороны, реальный рост затрат на лечение больных в послеоперационном периоде (высокая частота послеоперационных осложнений приводит к удлинению продолжительности курсов лечения), с другой – вытесняет с рынка более эффективные высокотехнологичные, но и существенно более дорогие медицинские изделия [2]. Поэтому оценка эффективности оказываемой АГП требует дополнительного сравнительного изучения имеющихся ресурсов, технологий и результатов (триада Донабедиана) [82]. Именно комплексный социально-экономический анализ позволяет определить степень приоритетности государственных инвестиций в ту или иную медицинскую технологию [18].

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о том, что, несмотря на постоянное совершенствование перинатальных технологий, повышение КМП женскому населению, возрастание значимости существующего медицинского контроля за подготовкой к материнству, за здоровьем беременной и состоянием плода, в существующих условиях реформирования здравоохранения проблема рациональной оценки эффективности деятельности АГС по-прежнему остается актуальной и требует разработки новых комплексных социально-экономических подходов, основанных, по-нашему мнению, на стандартизации медицинской помощи женскому населению.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ АГП В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. Общие положения.

Основным звеном в оказании ПМСП женскому населению в Гродненской области является ЖК - особого рода ЛПО амбулаторно-поликлинического типа.

Основной задачей ЖК является оказание всех видов квалифицированной и специализированной амбулаторной АГП.

Для выполнения этой задачи ЖК в Гродненской области функционируют в тесном взаимодействии с акушерскими и гинекологическими стационарами (перинатальными центрами), территориальными поликлиниками, детскими поликлиниками (консультациями), а также иными ЛПО и учреждениями, участвующими в оказании медицинской помощи женскому населению (центры репродукции и ПлС, медико-генетические центры, консультативно-диагностические центры, дерматовенерологические и онкологические диспансеры и др.)

Деятельность ЖК регламентируется приказом Министерства здравоохранения СССР № 430 от 22.04.1981 года «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы ЖК», приказами МЗ РБ и УЗО Гродненского облисполкома.

В зависимости от количества обслуживаемого женского населения и от специализации оказываемой медицинской помощи ЖК в Гродненской области может являться как самостоятельной ЛПО, так и структурным подразделением родильного дома, территориальной поликлиники или медико-санитарной части.

В Гродненской области ЖК действуют на основании Положения о ЖК, утверждаемого главным врачом головной ЛПО. В Положении о ЖК определяются наименование, предмет и цели деятельности данной организации, место ее нахождения, порядок управления деятельностью данной ЛПО.

Непосредственное руководство деятельностью ЖК в Гродненской области осуществляет заведующий, назначаемый и увольняемый в установленном порядке региональными органами здравоохранения.

Штатное расписание ЖК составляется и утверждается в установленном порядке региональными органами здравоохранения, исходя из количества обслуживаемого женского населения, плановой мощности, выполняемых объемов квалифицированной и специализированной амбулаторной АГП в пределах планового фонда заработной платы. Руководитель головной ЛПО здравоохранения, в составе которого функционирует ЖК, имеет право устанавливать индивидуальные нормы

нагрузки в зависимости от конкретных условий и с учетом рациональной организации труда медицинского персонала ЖК.

В крупных ЛПО, имеющих в своем составе две и более ЖК, лучшей из них по организационным формам и методам деятельности, оснащению и показателям деятельности присваивается наименование базовая женская консультация.

Базовая ЖК (например, ЖК № 5 ТМО № 1 г. Гродно) по согласованию с руководством головной ЛПО здравоохранения используется в качестве клинической базы для ГГМУ и Гродненского государственного медицинского колледжа.

Основной целью деятельности ЖК в Гродненской области является сохранение и укрепление РЗ женщин.

Задачи ЖК:

3. Профилактика и лечение патологии ЖРС на различных возрастных этапах ее функционирования.
4. Работа по формированию активного фертильного поведения, ПлС и прегравидарной подготовке.
5. Профилактика и лечение акушерской патологии во время беременности и в послеродовом периоде.
6. Проведение работы по формированию ЗОЖ и санитарной охране женского населения.

Основными функциями ЖК в Гродненской области являются:

1. Организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления патологии репродуктивной системы.
2. Активное внедрение современных, в том числе стационарозамещающих, медицинских технологий, в обследовании и лечении патологии ЖРС.
3. Диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая лечение и реабилитацию в условиях дневного стационара, санаторно-курортное лечение.
4. Обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении гинекологических больных между ЖК и иными ЛПО, оказывающими медицинскую помощь женскому населению (территориальными поликлиниками, соматическими стационарами, кожно-венерологическим и онкологическим диспансерами).
5. Своевременная госпитализация гинекологических больных, нуждающихся в круглосуточном медицинском наблюдении, в стационарные ЛПО.
6. Выполнение малых гинекологических операций.
7. Оказание медицинской помощи на дому.
8. Формирование активного фертильного поведения, консультирование по вопросам ПлС и прегравидарной подготовки, в том числе супружеских пар.

9. Диспансеризация беременных, в т.ч. выделение групп «риска» по развитию осложнений беременности, родового акта и послеродового периода.

10. Обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных и родильниц между ЖК и акушерскими, в том числе специализированными, стационарами.

11. Выявление беременных, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременных акушерских стационаров и в иные ЛПО по профилю выявленной ЭГП.

12. Проведение консультирования по психопрофилактической подготовке беременных к родам.

13. Патронаж беременных и родильниц.

14. Пропаганда грудного вскармливания, обучение приемам грудного вскармливания.

15. Обеспечение взаимодействия между ЖК и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, иными страховыми компаниями.

16. Экспертиза ВН.

17. Медико-социальная, правовая и психологическая помощь женскому населению.

18. Постоянное повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала.

19. Проведение мероприятий по повышению санитарной культуры женского населения и формированию ЗОЖ.

Штатно-организационная структура ЖК в Гродненской области формируется следующим образом. Персонал ЖК в зависимости от количества обслуживаемого населения и объемов оказываемой квалифицированной и специализированной АГП разделяется на административный, медицинский и прочий.

Выполняемый объем работ административного, врачебного и среднего медицинского персонала ЖК определяется должностными инструкциями. Выполняемый объем работ младшего медицинского и прочего персонала ЖК определяется функциональными обязанностями.

Административный персонал:

- заведующий;
- старшая акушерка.

Медицинский персонал:

1. врачебный персонал:

1.1. врачи акушеры-гинекологи амбулаторных приемов;

1.2. врачи акушеры-гинекологи специализированных приемов:

- дневного стационара;
- по ПлС;
- по профилактике невынашивания беременности;
- по гинекологической эндокринологии;

- по профилактике онкологических заболеваний ЖРС;
 - по лечению бесплодия;
 - по гинекологии подросткового возраста;
- 1.3. врачи иных специальностей, участвующие в оказании перинатальной помощи:
- врач-терапевт;
 - врач-лаборант;
 - врач ультразвуковой диагностики;
 - андролог;
 - физиотерапевт.
2. средний медицинский персонал:
- 2.1. акушерки амбулаторных приемов;
- 2.2. акушерки специализированных приемов:
- дневного стационара;
 - по ПЛС;
 - по профилактике невынашивания беременности;
 - по гинекологической эндокринологии;
 - по профилактике онкологических заболеваний ЖРС;
 - по лечению бесплодия;
 - по гинекологии подросткового возраста;
 - по функциональной и пренатальной диагностике.
- 2.3. медицинские сестры, в том числе процедурная медицинская сестра.
- 2.4. фельдшеры-лаборанты.
- 2.5. медицинские статисты;
- 2.6. медицинские регистраторы.
3. младший медицинский персонал:
- 3.1 санитарки.
- Прочий персонал:*
- сестра-хозяйка;
 - уборщицы помещений;
 - гардеробщицы.
- Для выполнения основных задач в ЖК создаются и функционируют:
- регистратура;
 - кабинеты администрации;
 - ординаторская;
 - кабинеты врачей акушеров-гинекологов амбулаторных и специализированных приемов;
 - кабинеты врачей иных специальностей, участвующих в оказании перинатальной помощи;
 - кабинеты функциональной и пренатальной диагностики;
 - процедурный кабинет;
 - помещения дневного стационара;
 - помещения лаборатории;

- малая операционная;
- зал лечебной физкультуры и психопрофилактической подготовки к родам;
- склад (кладовая);
- стерилизационная комната;
- моечные комнаты;
- другие помещения, необходимые для функционирования ЖК.

Штаты ЖК в Гродненской области устанавливаются в соответствии с действующими нормативами. Индивидуальные нормы нагрузки врачей акушеров-гинекологов ЖК устанавливаются руководителями ЛПО здравоохранения в зависимости от конкретных условий труда.

Проведенные нами исследования свидетельствуют о рациональности следующего расчета введения ставок медицинского и прочего персонала ЖК.

Врачебный персонал:

- Акушер-гинеколог: 1,0 ставки - на 3500 женщин в возрасте старше 15 лет;
- Терапевт: 1,0 ставки - на 35000 женщин в возрасте старше 15 лет;
- Лаборант: 1,0 ставки - на 20 должностей врачей;
- Врач ультразвуковой: не более 2-х ставок на 1 аппарат;
- Андролог: 1,0 ставки - на 20 должностей врачей;
- Физиотерапевт: 1,0 ставки - на 50000 женщин в возрасте старше 15 лет.

Средний медицинский персонал: число должностей акушерок и медицинских сестер рассчитывают соответственно должностям акушеров-гинекологов или врачей иных специальностей, участвующих в оказании перинатальной помощи в ЖК.

С учетом конкретных условий деятельности в ЖК Гродненской области предусматриваются штаты медицинских сестер для работы в процедурном кабинете, а также медицинского статистика.

Должности фельдшеров-лаборантов устанавливаются из расчета: 1,0 ставки на 3-4 ставки врачей всех специальностей.

Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета: 1,0 ставки на 5 врачебных ставок всех специальностей.

Младший медицинский персонал: должности санитарок устанавливаются из расчета: 1,0 ставки на 3 ставки врачей всех специальностей.

Прочий персонал:

- Должность сестры-хозяйки устанавливается из расчета: 1,0 ставки на 6 и более (до 12) врачебных ставок;
- Должность уборщиков помещений устанавливается из расчета: 1,0 ставки на 6 врачебных ставок;
- Должность гардеробщиков устанавливается из расчета: 1,0 ставки на 10 врачебных ставок.

В своей деятельности сотрудники ЖК Гродненской области руководствуются действующим законодательством Республики Беларусь, приказами (инструкциями, положениями и др.) МЗ РБ и УЗО Гродненского облисполкома, Положением о ЖК, должностными инструкциями и функциональными обязанностями.

Как свидетельствуют данные проведенных исследований, норма нагрузки акушера-гинеколога на амбулаторном приеме должна составлять в среднем 15 минут на одну пациентку и в среднем 30 минут на одну пациентку - на специализированном приеме.

Режим работы ЖК Гродненской области организуется с учетом обеспечения максимальной доступности амбулаторной АГП женскому населению.

В ЖК время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 часов. В субботу и предпраздничные дни время работы рекомендуется устанавливать с 9 до 15 часов. Неотложная АГП обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов.

Информация о часах работы ЖК Гродненской области, расписании приемов врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов, работе школы материнства размещается в регистратуре.

В регистратуре ЖК Гродненской области предусматривается, как возможность предварительной самозаписи (*«Карточка предварительной записи на прием к врачу» ф 040/у*), так и возможность предварительной записи по телефону на прием к врачу (не менее 50% планируемых посещений).

В регистратуре предусматривается также возможность получения талона для посещения врача (*«Талон на прием к врачу» ф025-4/у*), как при непосредственном обращении, так и при обращении по телефону.

Патронажная помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывается лечащим или дежурным врачом (акушеркой) ЖК. Помощь на дому осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач (акушерка) вносит соответствующую запись в установленную медицинскую документацию (*«Книга записей вызова врачей на дом» ф 031/у, «Медицинская карта амбулаторного больного» ф 025/у или «Индивидуальная карта беременной и родильницы» ф 111/у*).

Источниками финансирования ЖК Гродненской области являются:

1. Бюджетные средства.
2. Средства, получаемые от внебюджетной деятельности:
 - платные услуги населению;
 - хоздоговорная деятельность;
 - предоставление услуг предприятиям и организациям различных форм собственности (проведение профилактических осмотров и др.);
 - добровольные пожертвования предприятий, учреждений, кооперативов и граждан.

1. Средства медицинского страхования.

Средства, получаемые от внебюджетной деятельности, в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, могут быть использованы для улучшения материально-технической базы и для материального поощрения сотрудников ЖК.

2.2. Лечебно-профилактическая деятельность ЖК.

Алгоритм наблюдения за женщинами фертильного возраста в ЖК представлен на рис. 2.1.

2.2.1. Профилактические осмотры женского населения и выявление гинекологических заболеваний.

Целью профилактических осмотров женского населения является профилактика и диагностика нарушений ЖРЗ, онкологических и гинекологических заболеваний и их осложнений.

Выявление гинекологических заболеваний осуществляют врачи акушеры-гинекологи амбулаторных приемов при проведении массовых профилактических осмотров организованного женского населения, а также при гинекологических осмотрах обратившихся пациенток в ЖК.

При составлении плана и графика профилактических осмотров организованного женского населения следует учитывать календарные сроки его проведения, число женщин, а также количество врачей, на которых возлагается этот осмотр. План проведения гинекологических профилактических осмотров организованного населения согласовывается с администрацией ЛПО.

С целью максимально полного охвата женского населения профилактическими осмотрами врачи акушеры-гинекологи амбулаторных приемов ЖК должны проводить в ЖЭСах ежегодную сверку списков женщин обслуживаемых районов.

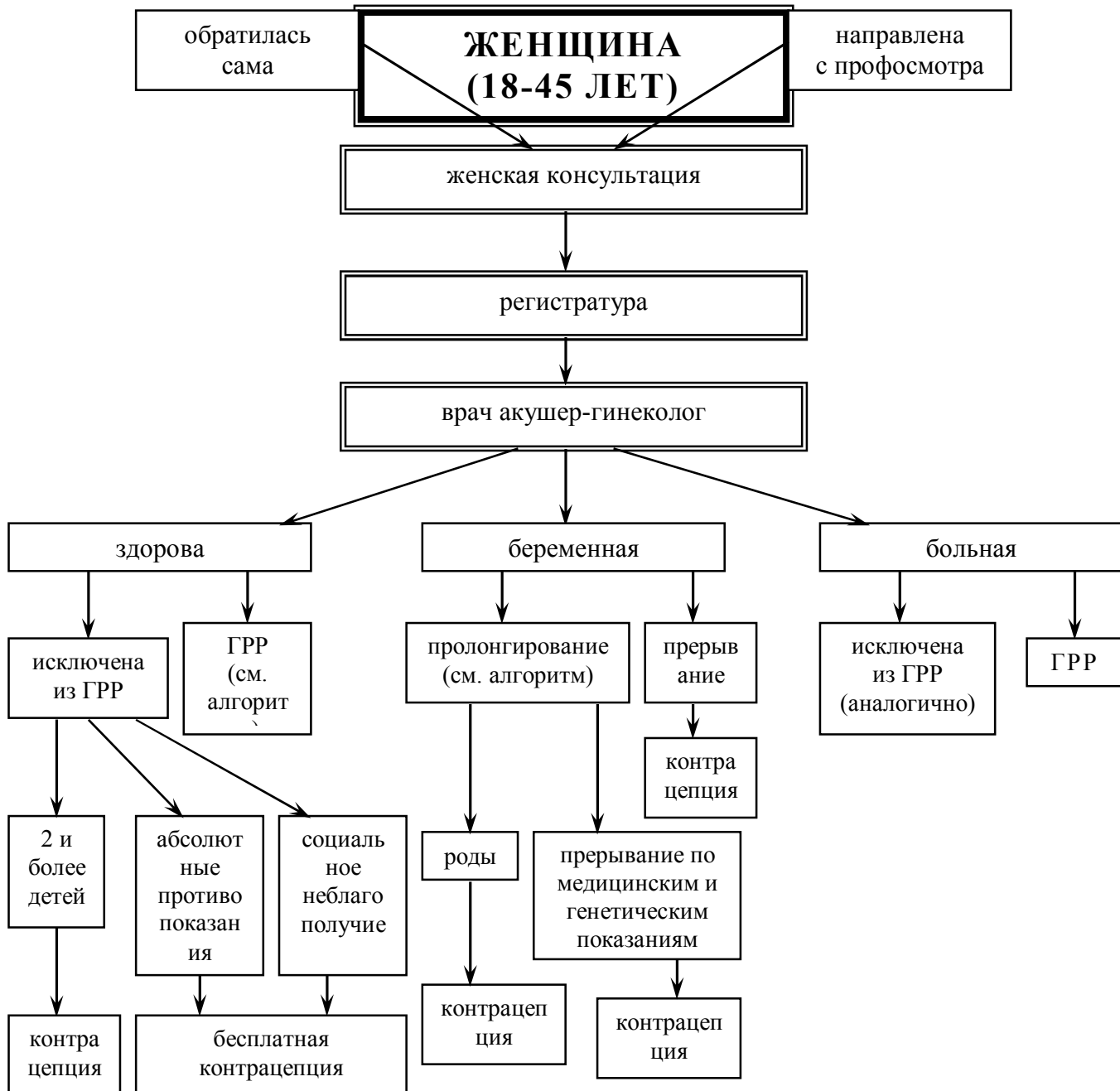


Рис. 2.1. Алгоритм наблюдения за женщинами фертильного возраста в ЖК

На каждую женщину, первично обратившуюся в ЖК, в регистратуре заводится “*Медицинская карта амбулаторного больного*” (форма 025у). Врачами акушерами-гинекологами амбулаторных приемов “*Медицинская карта амбулаторного больного*” заводится также на каждую впервые осмотренную женщину во время проведения профилактических осмотров организованного женского населения.

При проведении профилактических осмотров врач акушер-гинеколог амбулаторного приема собирает данные анамнеза, производит осмотр и пальпацию молочных желез, периферических лимфоузлов, оценивает результаты гинекологического осмотра и данные цитологического скрининга.

При сборе анамнеза особое внимание следует обращать на наличие отягощенной наследственности по материнской и отцовской линии, перенесенные женщиной заболевания и операции (в том числе и гинекологические), состояние

здоровье мужа, особенности менструальной функции, особенности половой жизни, течения и исхода беременностей, социально-гигиенические характеристики (условия труда, быта, вредные привычки, смена климатогеографических зон проживания), а при наличии жалоб – на длительность и особенности течения заболевания. Схема акушерско-гинекологического анамнеза представлена на рис.2.2.

*Менструация с _____ лет, установились сразу (ч/з _____ лет)
Регулярные, нерегулярные (по _____ дней, скудные, умеренные, обильные, безболезненные).*

Половая жизнь с _____ лет, в браке с _____ лет. Родов: _____, преждевременных _____, срочных _____

Осложнения беременности: повышение АД, токсикозы, угроза прерывания, отеки, гипоксия плода.

Осложнения родов: кесарево сечение, акушерские щипцы, кровотечение, кюретаж полости матки, ручное обследование

Абортов _____, вакуум-аспираций _____.

Осложнения: кровотечение, воспаление, остатки плодного яйца.

Осматриваете ли молочные железы? Да, нет. (Необходимое подчеркнуть).

Гинекологические

заболевания _____

Состоите ли на диспансерном учете, с каким заболеванием:

- у терапевта _____

- у других специалистов _____

<i>информация о пользе преконцептивной подготовки</i>	<i>дата</i>	<i>подпись пациента</i>
<i>вид контрацепции</i>	<i>дата</i>	<i>подпись пользователя</i>

Рис. 2.2. Схема акушерско-гинекологического анамнеза

Осмотр и пальпацию молочных желез проводят у всех пациенток при обращении в женскую консультацию. Осмотр проводят в положении стоя, сначала с опущенными, а затем с поднятыми руками. Оценивается контур, величина, симметричность, состояние кожных покровов молочных желез, выявляется смещение, асимметрия, деформация, изменение уровня расположения соска, сморщивание участка кожи, отечность или гиперемия, наличие выделений из соска.

Пальпация молочных желез проводится легким прикосновением пальцев при расположении женщины в вертикальном и горизонтальном положениях. Пальпируются шейные, подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы.

Доступным методом раннего выявления патологии молочных желез является ее самообследование. Использованию этой методики врач акушер-гинеколог при проведении профилактического осмотра обязан обучить каждую женщину.

Особого внимания врача акушера-гинеколога амбулаторного приема требуют женщины в возрасте 40 лет и старше, а также относящиеся к группе «риска» по развитию рака молочной железы.

К группе «риска» по развитию рака молочной железы относят женщин, у которых имеются:

- - доброкачественная дисплазия молочной железы;
- - рак молочной железы в семейном анамнезе;

- - аборт в раннем репродуктивном возрасте (до 18 лет);
- - 2 и более абортов в анамнезе;
- - сокращение сроков лактации менее 3 месяцев;
- - раннее менархе;
- - поздние первые роды (в возрасте старше 35 лет) или их отсутствие;
- - поздняя менопауза;
- - нейроэндокринные заболевания;
- - гиперпластические процессы эндометрия;
- - травма молочной железы.

При проведении гинекологического осмотра врачу акушеру-гинекологу необходимо произвести осмотр и пальпацию живота, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки женщинам старше 40 лет.

Цитологический скрининг следует проводить путем забора мазка из шейки матки при помощи специальной цитощетки. Женщинам в возрасте старше 30 лет, впервые обратившимся в ЖК, рекомендуется проводить цитологическое исследование мазков из цервикального канала и шейки матки.

В целях раннего выявления злокачественных новообразований рекомендуется проводить ежегодные профилактические осмотры женского населения, начиная с 15-летнего подросткового возраста.

При наличии жалоб у пациентки врач акушер-гинеколог амбулаторного приема проводит дополнительный скрининг (бактериологический, тесты функциональной диагностики, кольпоскопию, биопсию, УЗИ и др.) с целью выявления гинекологической патологии.

Данные анамнеза, результаты гинекологического осмотра, данные цитологического и иного рода скрининга, произведенные манипуляции, назначения и установленный диагноз заносятся в "Медицинскую карту амбулаторного больного".

Критерии определения групп здоровья при оценке результатов профилактических гинекологических осмотров:

“Здорова” – в анамнезе отсутствуют жалобы, нарушения менструальной функции с момента ее становления и гинекологические заболевания; при обследовании (лабораторном и клиническом) не изменены органы ЖРС.

”Практически здорова” – в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, в том числе и аборты, нарушения ритма и характера менструации; жалобы на момент обследования отсутствуют, при объективном обследовании могут быть анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции ЖРС и не снижающие трудоспособности женщины.

“Больная “ – при объективном обследовании выявлено гинекологическое заболевание, даже при отсутствии жалоб пациентки.

Осмотр “здоровых” женщин предусматривает сохранение здоровья путем формирования ЗОЖ. Эта группа женщин может проходить осмотры 1 раз в год.

У “практически здоровых” женщин осмотры имеют целью проведение профилактических мероприятий, ослабляющих действие факторов «риска» гинекологического заболевания и укрепляющих защитные силы организма. Эта группа женщин должна проходить профилактический осмотр не менее 2-х раз в год.

Задачами динамического контроля “больных” женщин являются изучение и выбор возможностей устранения причин, вызывающих заболевание органов репродуктивной системы, раннее выявление, эффективное лечение и реабилитация в соответствии с Протоколами (стандартами) обследования и лечения гинекологических больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, утвержденных Приказом МЗ РБ № 126 от 29.05.2001 г.

После первичного осмотра на второй странице амбулаторной карты пациентки в “Листке записи заключительных уточненных диагнозов” проставляют дату осмотра, заключение о группе здоровья. Заключительный (уточненный) диагноз в амбулаторной карте записывают в день его установления.

“Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов” (ф 025-2/у) заполняет акушерка с “Листка записи заключительных (уточненных) диагнозов”. При выявлении у больной двух или более гинекологических заболеваний статистические талоны заполняют на каждое окончательно установленное заболевание.

При невозможности установления окончательного диагноза при первом осмотре женщины (или сомнениях в диагнозе) врач должен отметить в амбулаторной карте предполагаемый диагноз и план обследования. При необходимости врач консультирует больную с заведующим ЖК или врачами акушерами-гинекологами специализированных приемов.

При наличии показаний для диспансеризации акушеркой заполняется “Контрольная карта диспансерного наблюдения” (форма 030у). В «Контрольной карте диспансерного наблюдения» указывают диагноз заболевания, по которому больная поставлена на учет, частоту осмотров, проводимые методы обследования и лечения.

2.2.2. Диспансеризация гинекологических больных.

Динамический контроль гинекологических больных проводят в соответствии с Протоколами (стандартами) обследования и лечения гинекологических больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, утвержденных Приказом МЗ РБ № 126 от

29.05.2001 г., а также в соответствии со Стандартами обследования беременных и гинекологических больных в Гродненской области.

В связи с высокой частотой нарушений РЗ у женщин детородного возраста одним из важнейших направлений в деятельности акушеров-гинекологов ЖК должно быть своевременное выявление любого вида акушерско-гинекологической патологии, ее лечение и предупреждение, осуществляемое на уровне ПМСП. Форма отчета о диспансеризации гинекологических больных в ЖК Гродненской области представлена на рис. 2.3.

Лечебные процедуры, назначаемые врачом акушером-гинекологом, выполняются акушеркой (процедурной медицинской сестрой).

Функционирование процедурного кабинета ЖК, для работы в котором выделяется специальная медицинская сестра, целесообразно организовывать в 2 смены. Контроль его работы возлагается на старшую акушерку. Процедуры регистрируются в *"Журнале учета процедур"* (ф 029/у).

В ЖК врачами акушерами-гинекологами амбулаторных и специализированных приемов могут быть выполнены следующие гинекологические операции и манипуляции, регистрируемые в *"Журнале записи амбулаторных операций"* (ф 099/у):

1. Аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования.
2. Введение и удаление внутриматочного противозачаточного средства.
3. Прерывание беременности ранних сроков методом вакуум – аспирации.
4. Ножевая биопсия шейки матки.
5. Диатермокоагуляция, криодеструкция или лазерная вапоризация шейки матки.
6. Удаление кист влагалища небольших размеров.
7. Раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки.
8. Для этих целей в ЖК должны быть организованы малая операционная и комната временного пребывания больных после операции или дневной стационар.

<i>Нозологии</i>	<i>Число зарегистрированных заболеваний</i>	<i>вт.ч. с диагнозом, установленным впервые</i>	<i>Состояло научтена начало года</i>	<i>Взято под наблюдение</i>	<i>из них впервые выявлены</i>	<i>Снято с учета всего</i>	<i>в т.ч. с выздоровлением</i>
<i>Фибромиомы</i>							
<i>Кисты яичников</i>							
<i>Кистомы яичников</i>							
<i>Сальпингиты, оофориты</i>							
<i>Полипс канала шейки матки</i>							
<i>Эрозии шейки матки</i>							
<i>Расстройства менструации</i>							
<i>Климактерические расстройства</i>							
<i>Кольпиты</i>							
<i>Дисплазия</i>							
<i>Гиперплазия эндометрия</i>							
<i>Эндометриоз</i>							
<i>Мастопатия</i>							
<i>Онкозаболевания</i>							

Рис. 2.3. Форма отчета о диспансеризации гинекологических больных.

Больным, которым показано лечение в дневном стационаре ЖК или гинекологическом стационаре, врач акушер-гинеколог выдает направление на госпитализацию с отметкой о результатах предварительно проведенного обследования и отмечает дату направления в стационар.

После выписки больной из стационара врач ЖК решает вопрос о методах и сроках долечивания, с учетом рекомендаций стационара. Четкая преемственность взаимодействия в работе амбулаторно – поликлинических и стационарных ЛПО повышает КМП.

Основными принципами реабилитации гинекологических больных являются:

1. Начало реабилитационных мероприятий на самых ранних стадиях развития заболевания.
2. Индивидуальный подход.
3. Непрерывность в проведении реабилитационных мероприятий.
4. Последовательность и преемственность мероприятий на различных этапах реабилитации.
5. Активное и сознательное участие в процессе реабилитации самих пациенток.

Важную роль в формировании конечных показателей деятельности ЖК играет уровень заболеваемости с ВН.

Форма ежеквартального структурного анализа заболеваемости с ВН в ЖК Гродненской области представлена на рис.2.4.

Анализ заболеваемости с ВН поводится по следующим показателям:

1. Число случаев ВН на 100 работающих (всего или по отдельным группам заболеваний).
2. Число дней ВН на 100 работающих (всего и по отдельным группам заболеваний).
3. Средняя длительность одного случая ВН.
4. Показатели структуры заболеваемости (удельный вес случаев и дней ВН в связи с данным заболеванием среди всех случаев и дней утраты трудоспособности).

При выдаче амбулаторного листка ВН врач акушер-гинеколог руководствуется Постановлением МЗ РБ и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь № 52/97 от 9 июля 2002 г. «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о ВН и Инструкции по заполнению листков нетрудоспособности и справок о ВН».

№ строк и	Шифр по МКБ-10	Наименование патологии	Количество случаев		Количество дней		Средняя продолжительность случая	
			отчетный период	предыдущий период	отчетный период	предыдущий период	отчетный период	предыдущий период
3	A51	Сифилис						
3	A54	Гонорея						
4	C51-C52	Злокачественные новообразования матки вульвы и влагалища						
4	C53	Злокачественные новообразования шейки матки						
4	C54	Злокачественные новообразования тела матки						
4	C55	Злокачественные новообразования неуточненной этиологии						
4	C56	Злокачественные новообразования яичника						
4	C57-C58	Злокачественные новообразования других и неуточненных женских половых органов						
5	D25	Лейомиома матки						
5	D26	Другие доброкачественные новообразования матки						
5	D27	Доброкачественные новообразования яичника						
5	D28	Доброкачественные новообразования других женских половых органов						
7	E28	Дисфункция яичников						
48	N70	Воспалительные болезни яичников и маточных труб						
48	N71	Воспалительные болезни матки, кроме шейки матки						
48	N72	Воспалительная болезнь шейки матки						
48	N73	Другие воспалительные болезни женских тазовых органов						
48	N75-N76	Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы						
49	N80	Эндометриоз						
49	N81	Выпадение половых органов						
49	N82	Свищи с вовлечением женских половых органов						

49	N83		Невоспалительные болезни яичников, маточных труб и широкой связки						
49	N85		Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки						
49	N86-N88		Невоспалительные болезни шейки матки						
49	N89		Другие невоспалительные болезни влагалища						
49	N90		Другие невоспалительные вульвы и промежности						
49	N91-N94		Расстройства менструаций и другие аномальные кровотечения						
49	N95		Нарушения в менопаузе и после менопаузы						
49	N97		Женское бесплодие						
49	N99		Другие нарушения мочеполовой системы						
Всего по строке 5-49									
50	O00		Внематочная беременность						
50	O01		Пузырный занос						
50	O02		Другие аномальные продукты зачатия						
50	O03		Самопроизвольный аборт						
50	O08		Осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью						
50	O10-O16		Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства во время беременности						
50	O20		Кровотечение в ранние сроки беременности (угрожающий аборт)						
50	O21		Токсикозы I половины беременности						
50	O23		Инфекции мочеполовых путей						
50	O47		Угрожающие преждевременные роды						
51	O70-O75		Осложнения родов						
51	O85-O92		Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом						
Всего по строке 50-51									
64	O04		Медицинский аборт						
64	O05		Другие виды аборта						
64	O06		Аборт неуточненный						
64	O07		Неудачная попытка аборта						
Всего по строке 64									
66 Уход за ребенком в связи с болезнью матери									
Другие случаи ВН									
ИТОГО:									

Рис. 2.4. Форма ежеквартального структурного анализа заболеваемости с ВН в ЖК

2.2.3. Организация функционирования дневного стационара ЖК

Решением ЛКС УЗО № 4/5 от 27 марта 2002 года «О работе гинекологических стационаров г. Гродно» на основе достижений медицинской науки и передового опыта работы ЛПО определены основные параметры функционирования дневных стационаров ЖК в Гродненской области.

Основными задачами деятельности дневного стационара ЖК в Гродненской области являются следующие:

1. оказания лечебно-диагностической помощи беременным и гинекологическим больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении.
2. для оказания реабилитационной помощи гинекологическим больным.
3. для расширения объема оказываемых платных услуг населению

Штаты медицинского персонала устанавливаются по штатным нормативам, утвержденных для дневных стационаров ЛПО Приказом МЗ РБ № 132 от 23.04.1999 г. «О совершенствовании работы дневных стационаров ЛПО» с учетом численности населения, характера деятельности ЛПО, потребности, а также имеющейся базы.

Непосредственное руководство работой дневного стационара осуществляется заведующим ЖК.

Размещение дневного стационара определяется его функциями, характером и объемом проводимых лечебно-диагностических процедур, манипуляций и должно обеспечивать соблюдение действующих санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и норм.

В структуру дневного стационара включаются:

1. палаты с кроватями и кушетками для больных;
2. кабинет врача;
3. процедурный кабинет;
4. хирургический кабинет (малая операционная).

Показатель числа койко-дней дневного стационара определяется, исходя из количества коек и больных, находящихся в дневном стационаре в течение дня. Например: «один койко-день» - пребывание одного больного на койке в течение дня; «два койко-дня» - пребывание двух больных на койке в течение дня (один больной – в первую смену, другой больной – во вторую смену).

Организационно-методическая и лечебно-консультационная помощь больным дневного стационара оказывается главными штатными и внештатными специалистами органов здравоохранения, при необходимости с выездами на места.

Порядок госпитализации: госпитализация осуществляется врачами акушерами-гинекологами амбулаторных и специализированных приемов по согласованию с заведующим ЖК и записью в амбулаторной карте.

Нами разработаны показания к направлению в дневные стационары ЖК Гродненской области (табл.2.1.).

Анализ заболеваемости следует сопровождать письменным объяснением причин роста количества случаев, дней, средней длительности лечения по отдельным

нозологическим формам. Ежеквартальный анализ необходимо визировать непосредственно исполнителю и руководителю ЛПО.

Контроль КМП гинекологическим больным осуществляет заведующий ЖК. С этой целью ежемесячно в установленном порядке проводится экспертиза ведения "Контрольных карт диспансерного наблюдения" и "Медицинских карт амбулаторного больного". При этом оценивается соблюдение регулярности осмотров, объема проведенных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, наличие эпикризов, а также эффективность проведенного лечения.

На основании проведенных исследований нами разработаны следующие оптимальные средние сроки лечения в дневном стационаре (табл. 2.2).

Нами разработаны общие противопоказания к направлению в дневной стационар:

1. Заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.
2. Резко ограниченные возможности самостоятельного передвижения пациентов.
3. Острые инфекционные заболевания.
4. Активный туберкулезный процесс.
5. Лихорадочные состояния, гипертермический синдром.
6. Онкологические заболевания.
7. Выраженные психические заболевания.
8. Судорожный синдром.
9. Впервые выявленные заболевания, требующие стационарного обследования и лечения.
10. Значительное ухудшение состояния здоровья больного при амбулаторном лечении.

Учетная документация в дневном стационаре ведется в следующем порядке:

1. Регистрация больных, поступающих в дневной стационар, производится в «Журнале приема больных и отказов в госпитализации» (ф 001/у) на основании направления врачей акушеров-гинекологов амбулаторных и специализированных приемов с занесением записи в «Медицинскую карту амбулаторного больного».
2. Заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф 025/у), а также «Листок назначений». При дневниковых записях в медицинской карточке амбулаторного больного, а также в листке назначений проставляется штамп-клише «Дневной стационар».
3. При назначении больному лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения, иглорефлексотерапии т.п. составляются соответствующие медицинские карты, на которых проставляется штамп-клише «Дневной стационар».

4.

Таблица 2.1. Показания к направлению в дневные стационары ЖК

№ п/п	Показания к направлению	Нозологии	Лечебно- диагностические мероприятия
1.	Необходимость проведения больным сложных диагностических исследований и лечебных мероприятий, требующих определенной подготовки	Киста бартолиниевой железы (N 75.0) Бартолинит гнойный (N 75.8)	Цистэктомия Дренажное лечение кисты
		Гиперплазия эндометрия (N 85.0) Полип тела матки (N 84.0) Кровотечения менструальные обильные и частые (N 92) Кровотечения в постменопаузальном периоде (N 95)	Фракционное выскабливание цервикального канала и полости матки или вакуум-аспирация
		Полип шейки матки (N 84.1) Полип влагалища (N 84.2) Полип вульвы (N 84.3)	Полипэктомия с последующим фракционным выскабливанием цервикального канала и полости матки Диатермопунктура
		Медицинский аборт (O 04) Другие кровотечения в раннем сроке беременности (O 20.8)	Выскабливание полости матки или вакуум-аспирация
		Язва влагалища (N 76.5) Язва вульвы (N 76.6)	Биопсия из краев раны Влагалищные ванночки и тампоны
2.	Необходимость введения парентеральными способами фармакологических средств в течение дня через определенные интервалы времени	Аднексит острый (N 70.0) Обострение хронического аднексита (N 70.1) Угрожающий аборт (N 20.0)	
3.	Необходимость врачебного наблюдения за больным на протяжении определенного времени при применении лечебных средств в связи с неблагоприятными реакциями (внутривенное вливание жидкостей, специфическая десенсибилизирующая терапия и др.)		
4.	Гинекологический массаж		

5.	<i>Необходимость проведения реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде после выписки из гинекологических стационаров</i>		
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Таблица 2.2. Оптимальные средние сроки лечения в дневном стационаре.

№ п/п	Нозология	Характер лечебных мероприятий	Средние сроки лечения (сутки)
1.	<i>Лейомиома матки</i>	<i>Реабилитационное лечение в послеоперационном периоде</i>	9
2.	<i>Лейомиома матки</i>	<i>Диагностическое выскабливание</i>	2
3.	<i>Доброкачественные новообразования яичников</i>	<i>Реабилитационное лечение в послеоперационном периоде</i>	6
4.	<i>Воспалительные болезни яичников и маточных труб (острый процесс, обострение хронического процесса)</i>	<i>Консервативное лечение</i>	9
5.	<i>Острый бартолинит</i>	<i>Вскрытие и дренирование абсцесса бартолиниевой железы</i>	6
6.	<i>Полип женских половых органов</i>	<i>Полипэктомия с последующим раздельным диагностическим цервикального выскабливанием канала и слизистой полости матки</i>	3
7.	<i>Выпадение половых органов</i>	<i>Реабилитационное лечение в послеоперационном периоде</i>	8
8.	<i>Расстройства менструации и другие аномальные кровотечения</i>	<i>Диагностическое выскабливание слизистой полости матки</i>	3
9.	<i>Нарушения в менопаузе и после менопаузы</i>	<i>Диагностическое выскабливание слизистой полости матки</i>	3
10.	<i>Внематочная беременность</i>	<i>Реабилитационное лечение в послеоперационном периоде</i>	6
11.	<i>Искусственный аборт</i>	<i>Выскабливание полости матки</i>	2
12.	<i>Угроза прерывания беременности</i>	<i>Консервативное лечение</i>	10
13.	<i>Токсикоз I половины беременности</i>	<i>Консервативное лечение</i>	9

Движение больных дневного стационара ЖК учитывается по установленной форме, представленной на рис. 2.5.

Число месяца	Состоит больных	Выписано больных	Поступило больных
1.			
2 и т.д.			

Рис. 2.5. Листок учета движения больных дневного стационара ЖК

Все записи о состоянии больного, назначении лечения, диагностических исследованиях и т.д., их результаты вносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного», которые передаются в дневной стационар из кабинета, направившего больного на лечение.

В листке уточненных диагнозов «Медицинской карты амбулаторного больного» указывается число дней лечения в дневном стационаре и ставится штамп-кличе «Дневной стационар». Первым днем считается день поступления в дневной стационар, последний – день выписки из дневного стационара.

Учет работы врача, работающего в дневном стационаре, ведется на общих основаниях по «Ведомости учета посещений» (ф 39/у), акушеркой – на основании записей в «Медицинской карте амбулаторного больного».

Статистический отчет о работе дневного стационара представляется администрации ЖК по установленной форме (рис.2.6) и в сроки, установленные органами здравоохранения.

<i>№ п/п</i>	<i>Диагноз по нозологии</i>	<i>Число случаев</i>	<i>Прове- дено к/д</i>	<i>Сред. длит. лечен</i>	<i>Б/л в дневн. стац.</i>	<i>Дней нетр. на б/л в дневн. стац.</i>	<i>Сред. длит. леч. на б/л в дн.ст</i>	<i>Б/л до днев. стац.</i>	<i>Дней нетр. на б/л до дн.ст.</i>	<i>Сред. длит. лечен. до дн. стац.</i>	<i>Кол-во справок и %</i>

Рис. 2.6. Форма отчета дневного стационара ЖК

2.2.4. Прегравидарная подготовка женщин.

Контроль деятельности АГС по формированию ГРР в Гродненской области осуществляют главные врачи территориальных поликлиник и заведующие ЖК.

Ежегодно, по состоянию на 1 января текущего года, на основании данных областного управления статистики, в территориальных поликлиниках и ЖК формируются списки женщин фертильного возраста.

В ГРР включают женщин репродуктивного возраста с 15 до 40 лет с сохраненной детородной функцией на основании информированного согласия. Форма информированного согласия, разработанная нами, представлена на рис. 2.7.

Я, Фамилия Имя Отчество, поставлена в известность о том, что отношусь к группе резерва рождаемости и должна пройти ежегодное минимальное обследование в объеме – осмотр терапевта, акушера-гинеколога, анализы крови и мочи, ЭКГ, флюорография, измерение АД.

Мне разъясняли о необходимости формирования ответственного подхода к рождению ребенка в плане проведения прекоцептивной подготовки, основными звеньями которой являются, оздоровление организма матери за 1 год до планируемой беременности и медикаментозная профилактика (уменьшение риска) врожденной патологии плода.

Подпись пациента Дата

Рис. 2.7. Информированное согласие о постановке на учет в ГРР

Участковые врачи-терапевты передают врачам акушерам-гинекологам списки женщин из социально-неблагополучных семей и имеющих ЭГП, которая является абсолютным противопоказанием к беременности (по Приказу МЗ РБ № 71 от 5.04.1994 г. «О порядке проведения операций искусственного прерывания беременности»), с целью охвата этих женщин контрацепцией и исключением из ГРР.

Формирование групп динамического наблюдения происходит следующим образом.

Женщины ГРР, обратившиеся впервые в ЖК, а также находящиеся под наблюдением акушера-гинеколога подлежат обязательному минимальному обследованию в следующем объеме:

- гинекологический осмотр с цитологическим контролем;
- осмотр молочных желез и щитовидной железы;
- измерение АД;
- флюорография.

Женщины ГРР подлежат активному динамическому наблюдению терапевтической службой поликлиники. При посещении любого специалиста поликлиники женщины ГРР подлежат обязательному обследованию в следующем объеме:

- осмотр терапевта (подростковые врачи);
- осмотр молочных желез и щитовидной железы;
- общие анализы крови и мочи;
- измерение АД;
- ЭКГ, флюорография.

При отсутствии заключения акушера-гинеколога женщины ГРР подлежат обязательному осмотру в ЖК (смотровых кабинетах поликлиник).

По результатам терапевтических и гинекологических осмотров каждая женщина ГРР должна быть отнесена к одной из групп динамического наблюдения, в которые включаются также женщины, имеющие гинекологическую патологию и ЭГП, в том числе не состоящие на диспансерном гинекологическом и терапевтическом учете.

Сведения о каждой женщине ГРР, обследованной в полном объеме, из поликлиники в виде талона-информации (рис.8) передаются через отделения

профилактики в ЖК ежемесячно. Сведения о каждой женщине ГРР акушеры-гинекологи и терапевты ЖК передают участковым терапевтам территориальных городских поликлиник с обязательным указанием в талоне-информации сведений о проведенных диагностических, лечебно-оздоровительных мероприятиях на этапе ЖК, роддом, гинекологические стационары и т.д. ежемесячно.

Ф.И.О. _____

Год рождения _____

Адрес местожительства _____

Место работы _____

Замужем (да, нет) _____

Осмотр гинеколога (дата, диагноз) _____

Группа резерва родов _____

Осмотр терапевта (дата, диагноз) _____

Флюорография (дата, №, где) _____

Количество родов _____

Количество детей _____

Планирует ли роды в течение 1 года (да, нет) _____

Анализ крови _____

Анализ мочи _____

Мазок на _____

Другие обследования _____

Дата _____ Врач _____

(подпись, печать)

Рис.2.8. Форма талона-информация на женщин ГРР

ГРР

1. Группа пассивного наблюдения – практически здоровые (ГРР₁). Ежегодный объем обследования минимальный;
2. Группа активного наблюдения - (ГРР₂):
ГРР_{2а} - гинекологические больные (в том числе, состоящие на учете по бесплодию). Объем обследования зависит от нозологии;
ГРР_{2б} - имеющие ЭГП. Объем обследования зависит от выявленной патологии;
3. ГРР₃ - проходящие преконцептивную подготовку (в том числе, вступившие в брак в данном году). Объем обследования зависит от состояния здоровья и стандартов проведения прегравидарной подготовки.

На всех женщин ГРР в регистратуре заводятся амбулаторные карты, которые маркируются в правом верхнем углу титульного листа индексом РР₁, РР_{2а}, РР_{2б}, РР₃ в соответствии с установленной ГРР.

Амбулаторные карты ГРР₁, ГРР₃ хранятся в регистратуре, а ГРР_{2а} и ГРР_{2б} находятся в кабинете акушера-гинеколога или терапевта.

Наблюдение женщин ГРР осуществляется следующим образом. Участковые врачи-терапевты и акушеры-гинекологи проводят аналитический опрос женщин, согласно единой форме динамического наблюдения женщин ГРР и при этом отмечают, планирует ли пациентка беременность в течение 1 года, о чем делают соответствующую запись в амбулаторной карте и женщины подписывают информированное согласие о постановке на учет в ГРР. В случае, если женщина репродуктивного возраста не планирует беременность, с ней подписывается информированное согласие о том, что она исключается из наблюдения ГРР. Врач акушер-гинеколог при обращении к нему женщин из ГРР также проводит выяснение у пациентки вопроса о планировании беременности и выполняет аналогичную процедуру.

По результатам данной работы участковые врачи-терапевты и врачи акушеры-гинекологи, относят женщин в ГРР в группы наблюдения:

- «активного»:
- а) вступившие в брак в данном году, состоящие на учете по бесплодию;
- б) проходящие прегравидарную подготовку.
- «пассивного»: женщины с потенциально нереализованной репродуктивной функцией.

В группе женщин «пассивного» наблюдения врач акушер-гинеколог проводит работу по максимальному полному охвату данного контингента всеми видами контрацепции с целью предупреждения непланируемой беременности и сохранения здоровья или оздоровления хронических заболеваний.

Динамическое наблюдение при наличии гинекологической и ЭГП проводится в соответствии с требованиями действующих нормативных документов. Нами разработана единая форма динамического наблюдения женщин ГРР, которая заполняется врачом – акушером-гинекологом и вносится в амбулаторную карту, хранящуюся в ЖК.

<i>Годы</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
<i>1. Возраст</i>				
<i>2. ГРР</i>				
<i>3. Число: родов беременностей</i>				
<i>4. Последняя: роды Беременность аборт</i>				
<i>6. Метод контрацепции</i>				
<i>5. Дата осмотра: терапевт гинеколог</i>				
<i>6. Дата назначения прегравидарной подготовки: терапевт</i>				

гинеколог				
-----------	--	--	--	--

Рис.2.8. Единая форма динамического наблюдения женщин ГРР

Анализ работы по ведению женщин ГРР проводится терапевтом и акушером-гинекологом ежеквартально к 10-ому числу следующего месяца за отчетным периодом. Единая форма анализа работы по ведению женщин ГРР, разработанная нами, представлена на рис.9.

Всем женщинам группы «активного» наблюдения, имеющим гинекологическую и ЭГП, проводится прегравидарная подготовка в зависимости от характера патологии с привлечением смежных специалистов, согласно представленной схеме.

Схема прекоцептивной подготовки

1. Сбор анамнеза.
2. По-системное и лабораторное обследование.
3. Осмотр врачами поликлиники: эндокринолог, ЛОР, окулист, стоматолог, хирург.
4. Осмотр врачом акушером-гинекологом.
5. УЗИ органов малого таза и экстрагенитальных органов.
6. Скрининг на сексуально-трансмиссивные инфекции.
7. Исследование неспецифической и иммунологической реактивности организма.
8. Санация выявленной ЭГП и гинекологической патологии.
9. Коррекция выявленных нарушений неспецифической и иммунологической реактивности организма.
10. Медико-генетическое консультирование (по показаниям).
11. Рекомендации:

- устранение профессиональных вредностей и факторов социального риска;

- медикаментозная профилактика ВПР: пантотенат кальция (витамин В 5) 0,6 г в сутки и фолиевая кислота по 5 мг в сутки за 3 месяца до зачатия обоим супругам и в первом триместре беременности.

			Текущий период		Предыдущий период	
			Абсол. число	%	Абсол. число	%
1.	Количество женщин фертильного возраста	От общего количества женщин				
2.	Количество женщин группы РР	От п. 1				
3.	Из них: РР ₁	От п. 2				
4.	РР _{2а}	От п. 2				
5.	РР _{2б}	От п. 2				
6.	РР ₃	От п. 2				

7.	Обследовано терапевтом	От п.2				
8.	Вновь выявлено заболеваний	От п.2				
9.	Пролечено	От п.5				
10.	Передано терапевтом к акушеру-гинекологу	От п.2				
11.	Обследовано гинекологом	От п.2				
12.	Вновь выявлено заболеваний	От п.2				
14.	Передано терапевту гинекологом	От п.2				
15.	Контрацепция среди пассивной и активной ГРР	От п.3,4,5				
16.	Взято на учет по беременности	От п.2				
17.	Количество родов из ГРР	Абсолютное число и % от п.2				
18.	Из них прошли полную преконцептивную подготовку	От п.17				

Рис.2.9. Единая форма анализа работы по ведению женщин ГРР

Показания для направления семей повышенного генетического риска, планирующих беременность, на медико-генетическое консультирование:

1. ВПР, аномалии развития, умственная отсталость, глухота, тяжелые нарушения зрения, судороги неясного генеза в семье и у родственников по линии отца и матери.
2. Анамнез (рождение детей с болезнью Дауна; ВПР, несовместимые с жизнью; мертворождения; повторные самопроизвольные аборты; бесплодие).
3. Наследственные болезни обмена веществ (фенилкетонурия и другие аминокислотопатии; гипотиреоз; врожденная гипоплазия надпочечников; галактоземия).
4. Кровное родство супругов.

Врач акушер-гинеколог в группе «активного» наблюдения выделяет группу медико-генетического «риска», в прегравидарную подготовку которой должно быть включено обязательное обследование ОМГЦ.

Учитывая увеличение роли инфекции в неблагоприятном исходе беременности, особым разделом прегравидарной подготовки следует обозначить выявление и санацию очагов инфекции. При выявлении очагов генитальной инфекции необходимо обязательное обследование и лечение обоих половых партнеров.

Мужчины, в семьях которых планируется беременность, проходят обследование по следующей схеме (рис.2.10.):

1. Анамнез (факторы риска).
2. Обследование:
 - общий анализ крови, мочи;
 - ЭКГ – по показаниям;
 - уролог и андролог – по показаниям;
 - дальнейшее дополнительное обследование согласно выявленного заболевания и проведение качественного диспансерного наблюдения и лечения не позднее 3-х месяцев до планируемой беременности с целью проведения им своевременной преконцептивной подготовки.

Рис.2.10. Схема обследования мужчин из семей, планирующих беременность

Снимаются с учета ГРР женщины на основании информированного согласия:

- после выхода из группы по возрастно-медицинскому критерию (по желанию женщины);
- после рождения второго ребенка (по желанию женщины);
- женщины, перенесшие операции, связанные с потерей детородной функции (2-х сторонняя тубэктомия, аднексэктомия, стерилизация, ампутация матки).

Нами разработана следующая форма информированного согласия об исключении из ГРР (рис.2.11).

Я, Фамилия Имя Отчество, даю информированное согласие об исключении меня из ГРР в связи:

- с нежеланием иметь больше детей;
- наличием противопоказаний к беременности;
- невозможности более иметь детей;
- выходу по возрасту;
- другие причины.

Подпись пациента

Рис. 2.11. Форма информированного согласия об исключении из ГРР

По окончании беременности каждая женщина заполняет протокол проведения прегравидарной подготовки (рис. 2.12).

Я, Фамилия Имя Отчество, удостоверяю в том, что я ранее была информирована (нет), что наблюдалась в ГРР и заблаговременно готовилась (не готовилась) к данной беременности, которая закончилась родами (срочными, преждевременными), выкидышем, абортom.

Во время подготовки к беременности мне было рекомендовано (не рекомендовано) оздоровление у гинеколога, терапевта _____, которое я прошла в полном объеме (не прошла по причине _____).

Мне была рекомендована (не рекомендована) профилактика и ВПР плода, которую я прошла в полном объеме и установленные сроки.

Кроме того, информирую, что моему супругу была рекомендована (не рекомендована) прегравидарная подготовка, которую он прошел (не прошел).

Подпись врача

Подпись пациентки

Рис.2.12. Протокол проведения прегравидарной подготовки

2.2.5. Медицинская помощь беременным.

Представляем разработанный нами алгоритм динамического наблюдения за беременными женщинами и оказания им медицинской помощи в Гродненской области.

Наблюдение беременных является одной из основных задач ЖК, так как от качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов. Главным принципом динамического наблюдения за беременными является комплексное их обследование, включающее медицинский контроль состояния

здоровья женщины, течения беременности, развития плода и оказание профилактической и лечебной помощи как матери, так и “внутриутробному пациенту”.

Врач акушер-гинеколог амбулаторного приема должен стремиться к максимально полному охвату диспансеризацией и прегравидарной подготовкой женщин ГРР, планирующих беременность. Это позволит своевременно диагностировать и санировать гинекологическую и ЭГП, решить совместно с пациенткой вопрос о целесообразности беременности на данном этапе, установить степень «риска», позволит организовать рациональное трудоустройство при наступлении беременности.

Диспансеризация беременных должна начинаться в максимально ранние сроки после наступления беременности. Врач акушер-гинеколог амбулаторного приема обязан провести в минимальные сроки (в течение 12-14 дней) обследование беременной в полном объеме, иначе эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень «риска», а также вырабатывают план ведения беременности. Объем обследования беременных при первичном взятии на диспансерный учет выполняется в соответствии с Временными протоколами (стандартами) обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, утвержденных Приказом МЗ РБ № 24 от 15.02.2002 г., а также в соответствии со Стандартами обследования беременных и гинекологических больных в Гродненской области.

Наблюдение беременных должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности – 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности). При выявлении ЭГП или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 3 дней после очередного срока акушерке амбулаторного приема необходимо провести патронаж и доложить о его результатах врачу акушеру-гинекологу. В случае повторной неявки беременной для осмотра в ЖК врач акушер-гинеколог должен провести врачебный патронаж. О беременных, не являющихся для осмотра в течение 1 недели после назначенной даты осмотра, врач акушер-гинеколог обязан доложить заведующему ЖК.

При первом обращении беременной в ЖК на нее заводят *"Индивидуальную карту беременной и родильницы"* (ф 111/у), куда заносят данные подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.

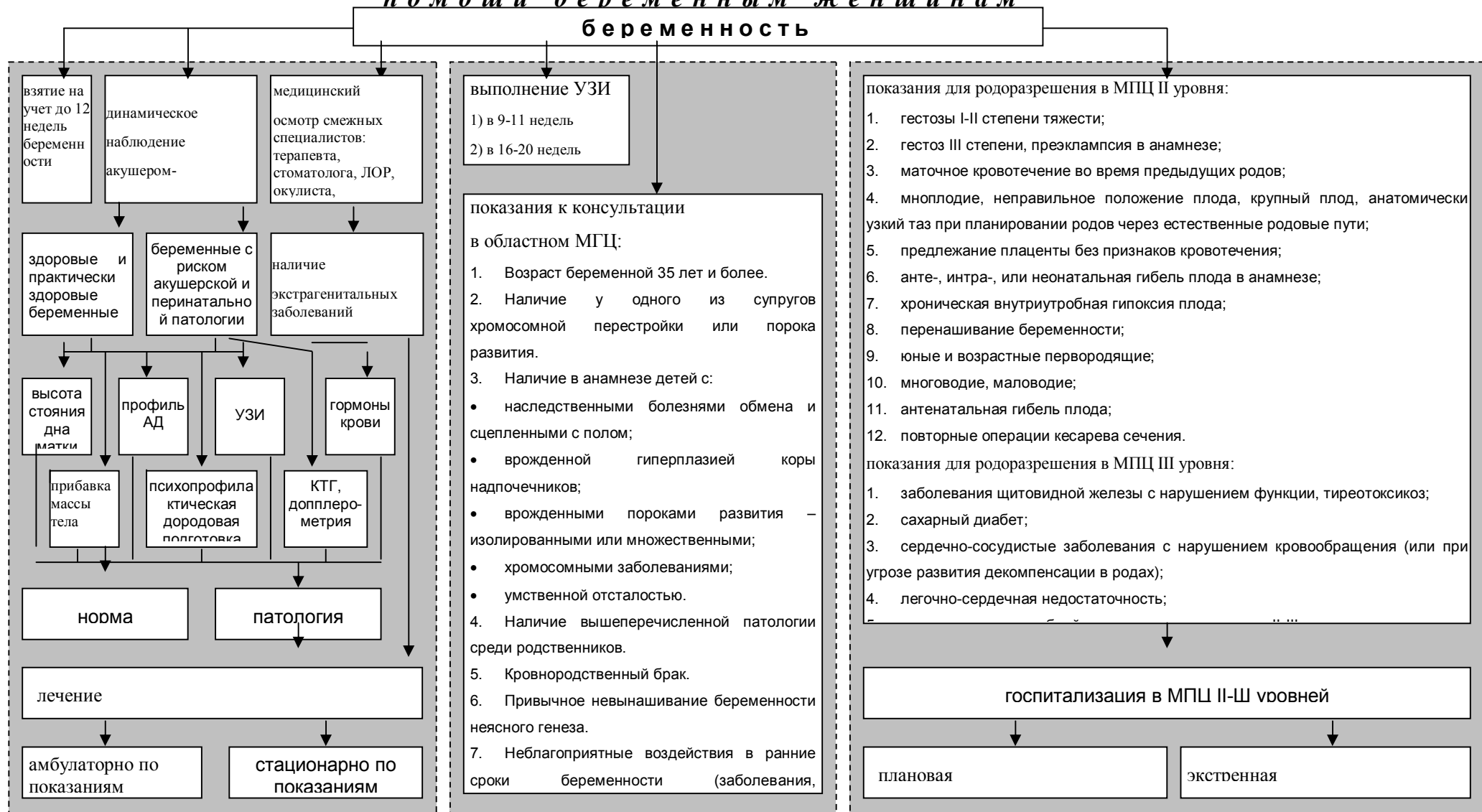
Паспортные данные:

1. *Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.*

2. *Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая – до 18 лет, старая первородящая – свыше 30 лет.*

3. *Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).*

Рис. 2.13. Алгоритм обследования и оказания медицинской помощи беременным женщинам



Организация диспансерного наблюдения за беременной организуется по месту ее фактического места жительства.

При наличии *профессиональной вредности* с целью исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины.

Анамнез помогает врачу выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (рахит, ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, тифы, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), бывших беременностей и родов на развитие настоящей беременности.

Семейный анамнез дает представление о состоянии здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением), и наследственности (многоплодные беременности, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм).

Акушерско-гинекологический анамнез должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

Объективное обследование проводят врач акушер-гинеколог амбулаторного приема, терапевт, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости – иные специалисты.

Врач-терапевт ЖК при первичной явке беременной должен составить план терапевтического ведения беременности. Повторные осмотры терапевтом при отсутствии ЭГП проводятся в сроки 30 и 37-38 недель беременности. При наличии у беременной ЭГП врач-терапевт корректирует терапевтический план ведения и осуществляет соответствующую тяжести заболевания диспансеризацию. Он также должен решить вопрос о возможности вынашивания беременности и, в случае необходимости, произвести дополнительные исследования или направить беременную в стационар.

Все беременные должны быть обследованы терапевтом в течении беременности не менее двух раз: после первого осмотра акушера-гинеколога и после 30 недель беременности. При первом посещении терапевт ЖК оценивает состояние жизненно-важных органов женщины, запрашивает выписку из амбулаторной карты пациентки (если таковая не запрашивалась при взятии на учет в ГРР) и решает вопрос о совместном наблюдении с акушером-гинекологом и возможности сохранения беременности.

Перечень ЭГП беременных, требующей динамического наблюдения терапевтом:

- ревматические пороки сердца;

- ВПС;
- артериальная гипертензия;
- гломерулонефрит;
- пиелонефрит;
- аномалии развития мочевых путей;
- анемия;
- геморрагические диатезы;
- хронические заболевания печени;
- сахарный диабет;
- тиреотоксикоз, гипотироз;
- заболевания надпочечников;
- хроническая пневмония;
- бронхиальная астма;
- системные заболевания соединительной ткани;
- миастения.

Врач-стоматолог должен не только произвести осмотр, но и санацию полости рта.

При наличии высокой степени миопии, особенно осложненной, необходимо получить конкретное заключение окулиста о ведении или исключении второго периода родов.

Врач акушер-гинеколог амбулаторного приема контролирует выполнения рекомендаций врачей-специалистов при каждом посещении беременной ЖК.

Лабораторные исследования. При взятии беременной на учет проводят цитологическое исследование, анализ выделений из влагалища на микрофлору, общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы крови и количества тромбоцитов, общий анализ мочи, проводят исследование на наличие сифилиса, TORCH- и ВИЧ-инфекций, определяют группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов, уровень сахара крови.

В дальнейшем *лабораторные исследования* проводят в следующие сроки: *общий анализ крови* – в 20 и 30 недель беременности; *анализ мочи* в первой половине беременности - ежемесячно, после 30 недель - еженедельно; *RW* – в 20 и 30 недель; *бактериоскопическое исследование* – в 30 и 36-37 недель.

Объективное исследование. В течение беременности при каждой явке беременной следует измерять ее *антропометрические показатели*, в первую очередь, массу тела женщины.

Рациональное питание беременных. Правильно организованное рациональное питание является одним из основных условий благоприятного течения беременности и родов, развития плода и новорожденного.

Питание в первой половине беременности почти не отличается от рациона здорового человека. Общая энергетическая ценность пищи должна колебаться в зависимости от роста, массы и характера трудовой деятельности беременной. В первой половине беременности увеличение массы не должно превышать 2 кг, а при дефиците массы – 3-4 кг. При ожирении беременная до 20 недель должна сохранить прежнюю массу или же похудеть на 4-6 кг (при ожирении II-III степени).

Энергетическая ценность диеты для беременных до 16 недель, страдающих ожирением, не должна превышать 5024 кДж в сутки, а после 16 недель – 6113 кДж. Однако следует помнить, что полная женщина может похудеть за неделю не более чем на 1 кг, ибо чрезмерная потеря массы отрицательно скажется на состоянии ее здоровья.

Во второй половине беременности из рациона исключают мясные навары, острые и жареные блюда, пряности, шоколад, пирожные, торты, уменьшают количество поваренной соли. После 20 недель беременности женщине ежедневно следует потреблять 120 г мяса и 100 г рыбы в отварном виде. При необходимости мясо можно заменить сосисками или сардельками. Все виды продуктов нужно вносить в меню в определенной дозе. В суточный рацион беременной должно обязательно входить подсолнечное масло (25-30 г), содержащее незаменимые ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую и арахидоновую). Рекомендуется ежедневно съедать до 500 г овощей. Они малокалорийны, обеспечивают нормальную работу кишечника, содержат достаточное количество витаминов и минеральных солей.

Самым доступным методом контроля режима питания является регулярное взвешивание беременной. В оптимальных случаях во время беременности масса женщины увеличивается на 8-10 кг (на 2 кг в течение первой половины и на 6-8 кг – во время второй, следовательно, на 350-400 г в неделю). Эти нормативы не являются эталоном для всех. Иногда рожают крупных детей и при увеличении массы в течение беременности до 8 кг. Но, как правило, это бывает, когда женщина излишне прибавляет в массе.

Рекомендуют такие примерные нормы увеличения массы во время беременности с учетом конституции женщины: при первой беременности для женщин с астеническим телосложением – 10-14 кг, с нормальным – 8-10 кг, при склонности к полноте – 2-6 кг; при второй беременности – соответственно 8-10, 6-8 и 0-5 кг (в зависимости от степени ожирения).

Для эффективного контроля необходимо точно знать массу женщины до беременности или в ее ранние сроки (до 12 недель). Если у беременной масса соответствует росту, нет жалоб на повышенный аппетит, и она не рожала в прошлом детей с большой массой, ограничения в пище следует начинать после 20 недель беременности. При усиленном аппетите, чрезмерном увеличении массы, наличии в прошлом родов крупным плодом или родов, которые сопровождались осложнениями при массе ребенка 3700-3800 г, при ожирении, сужении таза нужно пересмотреть меню уже с 12-13 недель беременности и, прежде всего, ограничить углеводы и жиры.

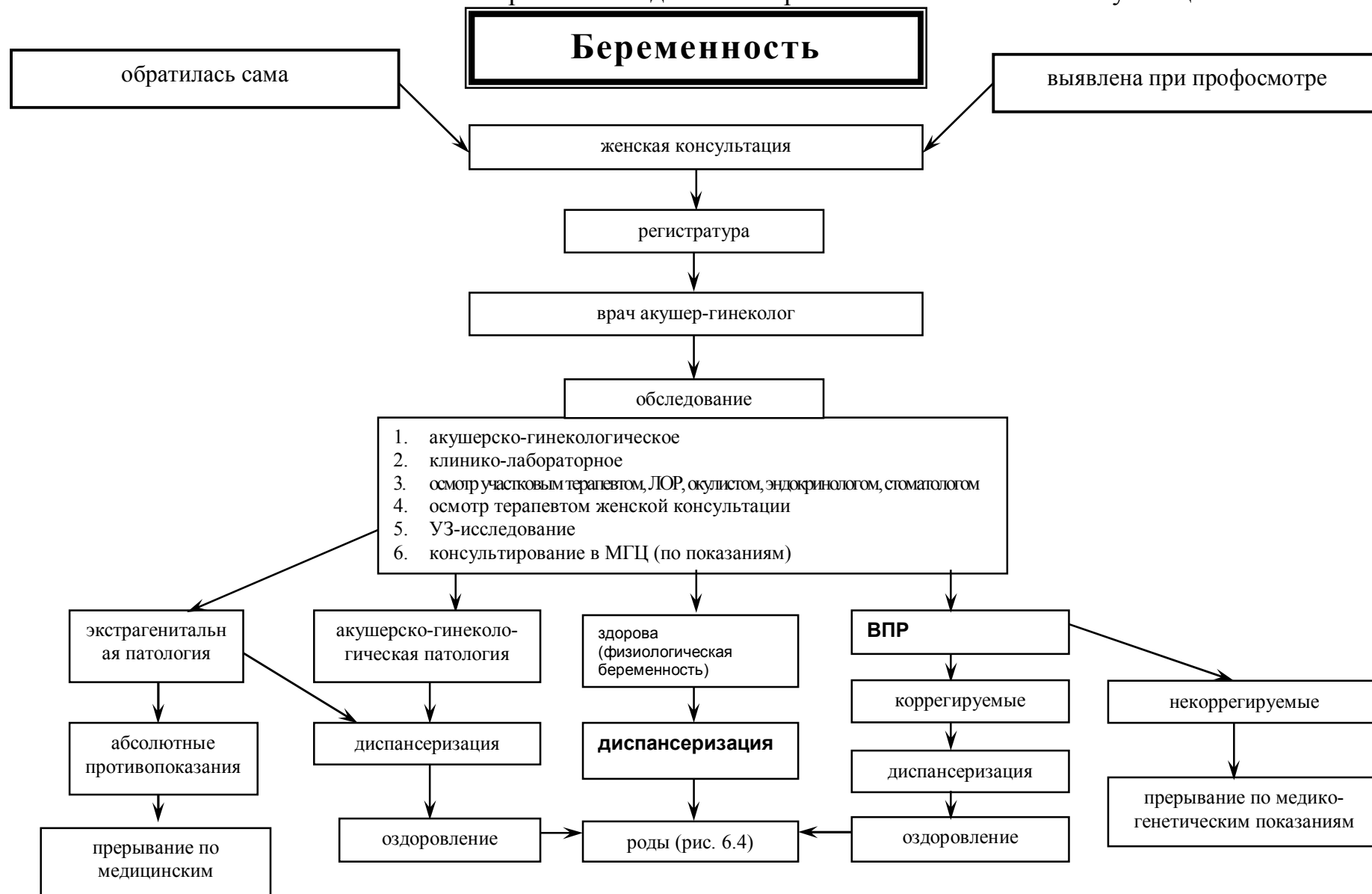
Осмотр беременной включает оценку ее телосложения, степени развития подкожной основы, определение видимых отеков, состояния кожных покровов и слизистых оболочек, молочных желез. *Наружное и внутреннее акушерское исследование* включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 22 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию сердцебиения плода. При первом *влагалищном исследовании* помимо определения величины матки, необходимо установить наличие экзостозов в малом тазу, состояние тканей, наличие аномалий развития половых органов. Кроме того, измеряют высоту лона (4 см), так как при наличии высокого лобкового симфиза и наклонном его

положении к плоскости входа емкость таза уменьшается. *Пальпация* живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13-15 недель), можно определить тонус матки, величину плода, количество околоплодных вод, предлежащую часть, а затем, по мере прогрессирования беременности, - членорасположение плода, положение его, позицию и вид. Пальпацию проводят, используя 4 классических акушерских приема (по Леопольду). *Аускультацию* акушерским стетоскопом тонов сердца плода проводят с 22 недель беременности, с 32 недель – производится запись КТГ.

Особое внимание при наблюдении за беременной следует обращать на состояние плода: его положение, предлежание, сердцебиение, характер шевеления, а также предполагаемую массу тела. В комплексной оценке внутриутробного состояния плода большое значение имеет тест движений плода «Считай до 10», который является простым скрининговым методом, проводимым самими беременными.

Кроме теста «Считай до 10», можно использовать подсчет числа движений плода в течение 1 часа 3 раза в день (7.00-8 00,. 12.00-13.00,. 18.00-19.00). Снижение числа шевелений плода до 10 и менее за 12 часов или 3 и менее за 1 час (в каждом измеряемом интервале) рассматривается как сигнал тревоги и требует кардиомониторного контроля.

Рис. 2.14. Алгоритм наблюдения за беременными в женской консультации



Оценка состояния плода и фетоплацентарной системы в целом позволяют не только говорить о его внутриутробном благополучии, но и оценить компенсаторные возможности для перенесения родового стресса.

Комплексная оценка внутриутробного состояния плода в Гродненской области проводится в соответствии с разработанными нами и внедренными в практическую деятельность ЛПО методическими рекомендациями [88].

Выделяют следующие методы оценки функционального состояния плода:

Клинические методы:

1. Оценка шевелений плода беременной. Метод достаточно субъективен. Позволяет выявить случаи, когда требуется более объективная и тщательная оценка состояния плода, если к этому не было показаний ранее. Это необходимо если, например, за 12 часов движений не было или на них ушло времени вдвое больше, чем неделю назад.
2. Аускультация сердцебиения плода.
3. Измерение высоты стояния дна матки.
4. Визуальное исследование околоплодных вод при амниоскопии или излитии околоплодных вод. При неосложненном течении беременности обнаруживается достаточное количество светлых, прозрачных околоплодных вод с наличием белой сыровидной смазки. Недостаточное количество вод, меконий и зеленоватая окраска указывают на гипоксию плода.

Инструментальные методы:

1. КТГ, включая нестрессовый тест.
2. УЗИ плода позволяет установить локализацию плаценты, определить состояние плода, выявить ЗВУР.
3. БПП. Комплекс исследований, включающий двигательную активность, дыхательные движения, сердечный ритм, тонус плода и количество околоплодных вод, который позволяет активизировать оценку.
4. Допплерометрия в сосудах плода и плаценты. Применение метода позволяет выявить угрожающее состояние плода до возникновения клиники его нарушения.

Лабораторные методы:

1. Исследование околоплодных вод, выполняемое после амниоцентеза – биохимически, иммунологически, эндокринологически.
2. Исследование гормонов фетоплацентарного комплекса. Количество эстриола обычно тесно связано с внутриутробной гипоксией, гипотрофией. При этом выделяют угрожающие уровни и критические, т.е. несовместимые с жизнью плода. Имеет высокую информативность плацентарный лактоген, продуцируемый плацентой.

Клинические методы оценки состояния плода отличаются субъективностью, а из инструментальных наиболее информативны определение БПП, мониторинг сердцебиения плода, доплерометрия.

КТГ – метод синхронной записи сердцебиения плода и маточных сокращений с помощью аппарата кардиотокографа.

Современные кардиомониторы основаны на эффекте Допплера, их использование позволяет регистрировать изменение интервалов между отдельными циклами сердечной деятельности плода, которые преобразуются в изменения ЧСС и отображаются в виде светового, звукового и графического изображений. Приборы также оснащены датчиками для одновременной регистрации сократительной деятельности матки (токограммы) и движений плода (актограммы). Существует прямой (внутренний) и непрямой (наружный) метод КТГ. Во время беременности и в родах наиболее распространена непрямая КТГ, так как применение наружных датчиков не имеет противопоказаний и абсолютно безвредно.

Методика проведения непрямой КТГ: исследование проводят в положении женщины лежа на спине или на левом боку (для предупреждения возникновения синдрома нижней полой вены). Время регистрации не менее 20 минут. Наружный ультразвуковой датчик помещают на переднюю брюшную стенку женщины в месте наилучшей слышимости сердечных тонов плода. Наружный тензометрический датчик фиксируют на передней брюшной стенке в области проекции правого угла матки.

Регистрация стабильного качественного ритма возможна в сроке беременности 28 недель и более.

Методика проведения прямой КТГ: на коже головки плода закрепляют электрод, который регистрирует электрический импульс, возникающий при распространении волн деполяризации и реполяризации по миокарду плода. Через усилитель импульс передается на кардиомонитор. Специальное устройство определяет продолжительность интервала между самыми высокоамплитудными зубцами – зубцами R и рассчитывает эквивалентную ЧСС. Прибор регистрирует мгновенные изменения интервала RR и рассчитывает ЧСС в соответствии с этими изменениями. Если интервал RR менее 250 мс, прибор перестает учитывать зубцы R и зарегистрированная ЧСС может уменьшиться вдвое. Ошибки в расчете ЧСС возможны также при наличии высокоамплитудных зубцов Q, S и P. Датчик для определения внутриматочного давления представляет собой тензодатчик, который вводят через влагалище в полость матки.

Оценка КТГ во время беременности.

Основные показатели КТГ:

- Базальный ритм,
- Вариабельность базального ритма:
 - амплитуда,
 - частота,
- Акцелерации,
- Децелерации,
- Шевеления плода.

Базальный ритм – средняя величина между мгновенными значениями сердцебиения плода сохраняющаяся неизменной за период 10 минут и более, при этом не учитывают акцелерации и децелерации.

Вариабельность базального ритма – частота и амплитуда мгновенных изменений ЧСС плода (мгновенные осцилляции). Подсчет частоты и амплитуды

мгновенных осцилляций проводят в течение каждых последующих 10 минут. Амплитуду осцилляций определяют по величине отклонения от базального ритма, частоту по количеству осцилляций за 1 минуту.

Акцелерации – повышение базального ритма на 15 уд/мин и более продолжительностью не менее 10 с. Периодические акцелерации возникают в родах и связаны с маточными сокращениями или сдавлением пуповины. Спорадические акцелерации связаны с двигательной активностью плода.

Децелерации – урежение ЧСС плода на 15 уд/мин и более продолжительностью 10 с и более. Выделяют децелерации спонтанные (не зависят от маточных сокращений) и периодические (связаны с маточной активностью).

Типы децелераций:

- *дip 0* – пикообразные децелерации, продолжительностью не более 30 с, амплитуда 20-30 уд/мин;
- *дip 1* – ранние децелерации, синхронны со схватками, продолжительностью 20-50 с, амплитуда 30-60 уд/мин;
- *дip 2* – поздние децелерации, ритм замедляется через 30-60 с от начала схватки, продолжительностью более 60 с, амплитуда 10-60 уд/мин. При амплитуде более 70 уд/мин прогноз считается неблагоприятным, по форме выделяют U-, V-, W-образные поздние децелерации;
- *дip 3* – переменные децелерации. Комбинация *дip 1* и *дip 2*, амплитуда 30-90 уд/мин, продолжительность 30-80 с и более.

Основные характеристики физиологического сердечного ритма плода:

- Базальный ритм 120-160 уд/мин,
- Амплитуда вариабельности базального ритма 5-25 уд/мин,
- Частота 6 и более в 1 мин,
- Идентифицируются 2 и более акцелерации на протяжении 10 минут записи,
- Децелерации отсутствуют.

Физиологическому сердечному ритму плода соответствует ундулирующий (волнообразный) тип кардиотокограмм.

Вариантами нормы можно считать:

- Базальный ритм 110-120 уд/мин и 160-180 уд/мин,
- Единичные (1-2) пикообразные децелерации,
- Единичные кратковременные децелерации, граничащие по своим размерам с медленными осцилляциями после акцелераций сопровождающих шевеление плода

Остальные показатели при этом должны оставаться в пределах нормальных значений.

При выявлении вышеперечисленных признаков повторную КТГ рекомендуется проводить через 3-5 дней.

Патологические ритмы сердцебиения плода:

1. Немой тип.

Базальный ритм – в пределах нормальных значений.

Амплитуда 0-3 уд/мин.

Частота 0-3 мин-1.

Акцелераций нет.

При легком повышении тонуса матки – выраженные пролонгированные децелерации.

Шевеления плода отсутствуют или если отмечаются женщиной, то не сопровождаются акцелерациями.

На КТГ регистрируется линия близкая к прямой.

2. Синусоидальный тип.

Амплитуда 6-10 уд/мин,

Частота 1-2 мин-1.

Амплитуда мгновенных колебаний близка к нулю.

Регистрируется волнистая линия, изгибы которой напоминают синусоиду.

Условно патологические ритмы сердцебиения:

1. Узкоундулирующий тип.

Амплитуда 5-10 уд/мин.

Двигательная активность снижена.

Узкоундулирующий тип представлен зигзагообразной ломаной линией, зубцы которой образуют неравномерной ширины частокол.

Причины:

- ФПН,
 - сон плода,
 - прием седативных препаратов.
2. Сальтаторный тип.

Графически напоминает узкоундулирующий тип, но амплитуда колебаний более 25 уд/мин.

Причины:

- обвитие или узел пуповины,
 - перемежающиеся нарушения кровотока в пуповине вследствие прижатия ее туловищем плода к стенкам матки.
3. Дыхательные аритмии: могут возникать во время дыхательных движений плода и представляют собой полосы записи шириной около 5-10 уд/мин, заполненные отметками о сердечных ударах, в которых отсутствуют медленные осцилляции. В данной ситуации показатели вариабельности для оценки сердечной деятельности плода непригодны, запись считается неинформативной. Оценку КТГ проводят при повторном исследовании.
 4. Двойной тип (две параллельные тахограммы сердечной деятельности одного плода): регистрируется тогда, когда сердце плода бьется в ритме галопа, но аритмичность не выходит за пределы регистрационной возможности прибора.

Причины:

- ВПС плода,
 - сердечная недостаточность у плода (увеличение печени, асцит).
5. Децелерации после акцелераций.

Децелерации с минимальными количественными показателями не несут в себе достаточной информации и при повторном исследовании не встречаются.

Причины:

- шевеления плода,
- обвитие пуповины.

Акушерская тактика при выявлении условно патологических ритмов:

1. Повторное КТГ через 12-24 часа, с применением функциональных проб (см. ниже).
2. При приеме лекарственных препаратов, дыхательной аритмии повторное КТГ через 2-3 часа.
3. Провести оценку биофизического профиля плода. Дальнейшая акушерская тактика осуществляется в зависимости от количества баллов.

4. Допплерометрия. Степень нарушения маточно-фетоплацентарного кровотока определяет дальнейшую тактику ведения беременной.

Динамика изменений КТГ, свидетельствующая об ухудшении состояния плода:

- Снижение variability базального ритма плода от ундулирующего к узкоундулирующему и немому.
- Появление и/или увеличение времени присутствия участков патологических и/или условно патологических ритмов или ритмов с плавающей базальной частотой.
- Снижение двигательной активности плода (менее 2 движений плода за 30 мин исследования).
- Уменьшение акцелераций в ответ на шевеления (акцелерации возникают менее чем в 80% регистрируемых движений плода и/или повышение ЧСС менее 10 уд./мин.
- Появление двух и более пикообразных децелераций в течение 10 минут.

Особенности интранатальной КТГ:

Тип КТГ – узкоундулирующий перемежающийся с ундулирующим.

Базальный ритм стабильный.

Вариабельность базального ритма более низкая, чем во время беременности.

Реакция сердцебиения плода на схватки отсутствует.

Пикообразные децелерации могут быть как единичные явления.

Шевеления плода частые, в ответ на шевеления может быть ускорение сердечного ритма до 200 уд/мин.

Признаки внутриматочной гипоксии плода, при которой асфиксия новорожденного неизбежна:

- Немой ритм (даже без наличия децелераций),
- Периодические децелерации (2 и более за 30 мин),
- Постоянные дыхательные аритмии и/или их преобладание (более 50% записи) над другими типами variability,
- Плавающий базальный ритм на фоне узкоундулирующего типа и отсутствия спорадических акцелераций,
- Прогрессирующее снижение variability сердечного ритма на протяжении 3-6 часов наблюдения,
- Прогрессирующее усугубление периодических децелераций, в том числе пикообразных.

Основные КТГ признаки при обвитии пуповиной частей плода:

- Базальная тахикардия (160 и более уд/мин),
- Снижение variability базального ритма (5 и менее уд/мин),
- Снижение количества акцелераций (менее 2 за 30 мин записи),
- Высокоамплитудные, многовершинчатые акцелерации, с неполным восстановлением ритма (амплитуда более 25 уд/мин, продолжительность более 15 с, но менее 60 с, последующий базальный ритм на 10 и более уд/мин выше чем до акцелерации, восстановление его до исходного уровня происходит медленно или вообще не происходит),
- Появление комплексов акцелерация-децелерация-акцелерация (комплекс акцелерация-децелерация-акцелерация считается в том случае, если после обычной или высокоамплитудной акцелерации происходит урежение частоты сердечных сокращений плода на 15 уд/мин и более ниже базального ритма, любой продолжительности, затем вновь следует учащение сердечных сокращений плода на 15 и более уд/мин выше базального ритма,
- Variабельные децелерации.

Диагностические функциональные пробы используют для определения жизнеспособности плода и степени компенсаторных возможностей фетоплацентарной системы:

- проба с задержкой дыхания на вдохе: беременной предлагают задержать дыхание на вдохе на непродолжительное время, что приводит к снижению ЧСС плода на 6-8 уд/мин.
- проба с задержкой дыхания на выдохе: беременной предлагают задержать дыхание на выдохе на непродолжительное время, что приводит к повышению ЧСС плода на 6-8 уд/мин.

- холодовая проба: заключается в определении сердечной деятельности плода после воздействия холода (пузырь со льдом) на кожу беременной. В норме наблюдается уменьшение ЧСС плода на 8-10 уд/мин.
- проба с физической нагрузкой: заключается в оценке изменений ЧСС плода при подъеме и спуске беременной с площадки высотой в 3 ступеньки. В норме – учащение сердечных сокращений плода на 10-15 уд/мин.

При нарушении состояния плода реакции на выполнение функциональных проб отличаются от нормальных, извращены или отсутствуют.

Приводим диагностический алгоритм обвития пуповины (рис.2.15).

Стрессовый тест: заключается в стимуляции сокращений матки и, таким образом, моделируется воздействие на плод, которому он подвергнется в родах, что позволяет судить о его компенсаторных и резервных возможностях. Классический стрессовый тест основан на внутривенном введении 0,01 ЕД окситоцина. В последние годы для практических целей предложен более физиологический маммарный тест.

Методика выполнения:

Беременной предлагают в течение 2 минут проводить самомассаж молочных желез. Через 9-12 минут появляется тонус матки. При отсутствии реакции со стороны матки стимуляцию повторяют через 5 минут до появления маточного сокращения.

Тест считается отрицательным, если после индуцированного маточного сокращения базальный ритм остается регулярным, вариабельность базального ритма сохраняется в пределах физиологических колебаний, поздние децелерации отсутствуют, наблюдаются акцелерации во время движения плода. Это свидетельствует о высоких компенсаторных и адаптивных возможностях плода и отсутствии нарушений маточно-плодово-плацентарного кровотока.

Тест считается положительным: 1) если изменения базального ритма носят характер поздних децелераций с амплитудой снижения на 30% и более, сопровождающих каждую схватку или большинство из них, 2) если изменения базального ритма носят характер поздних децелераций с амплитудой снижения на 10-20% и длительным периодом восстановления исходной ЧСС.

Положительный тест свидетельствует о предпатологических нарушениях в плацентарном звене и указывает на ограничение компенсаторных возможностей плода.

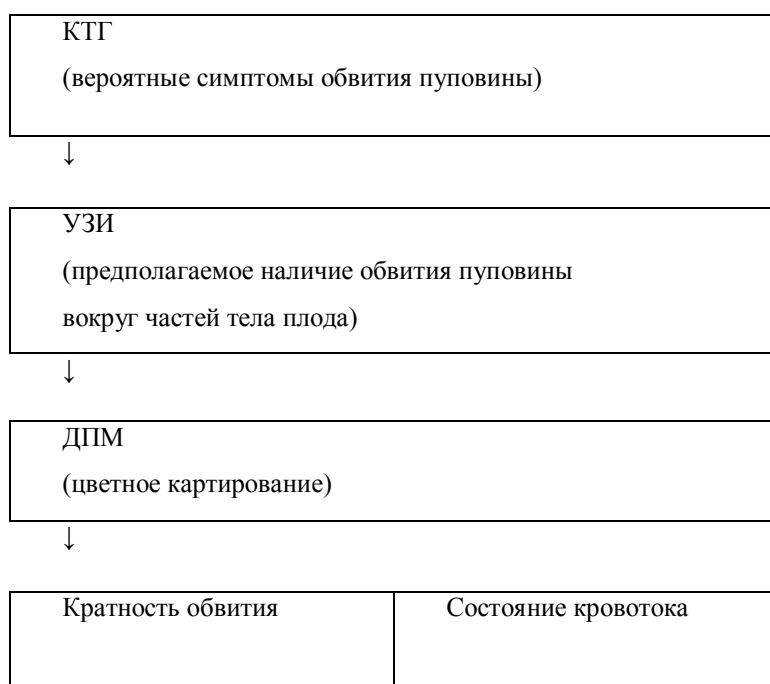


Рис. 2.15. Диагностический алгоритм обвития пуповины

В основе БПП лежит идея о поэтапном начале функционирования центров регуляции миокардиального рефлекса, дыхательных движений плода, его двигательной активности, тонуса и участия плода в выработке околоплодных вод.

БПП включает 6 параметров, исследование которых проводится путем кардиотокографии (НСТ) и ультразвукографии – определение дыхательных движений плода, его двигательной активности, мышечного тонуса, объема околоплодных вод, состояния плаценты.

Высокая чувствительность и специфичность БПП объясняются сочетанием параметров острого (НСТ, дыхательные движения, двигательная активность и тонус плода) и хронического (объем околоплодных вод, состояние плаценты) нарушений состояния плода.

Показаниями к определению БПП является риск развития ФПН, ЗВУР при осложнении беременности ОПГ-гестозом, длительной угрозой прерывания беременности, гемолитической болезнью плода.

Определение БПП является объективным с 32 недель беременности и включает:

- 1) результаты нестрессового теста (НСТ),
- 2) дыхательные движения плода (ДДП),
- 3) двигательная активность плода,
- 4) мышечный тонус плода,
- 5) объем околоплодных вод,
- 6) состояние плаценты.

Методика выполнения:

1. Нестрессовый тест (НСТ). Сущность: изучение реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его движения. Проводят запись КТГ в течение 20 минут.

При нормальном течении беременности в ответ на шевеление плода ЧСС в среднем увеличивается на 10 уд/мин и более (тест считается положительным).

Отрицательным тест считается в следующих случаях:

- акцелерации в ответ на шевеление плода возникают менее чем в 80% наблюдений,
- изменения ЧСС в ответ на шевеление плода отсутствуют,
- брадикардия и монотонность сердечного ритма плода.

Реактивный (положительный) тест даже без дополнительных данных свидетельствует о благоприятном прогнозе. При нереактивном (отрицательном) НСТ ведущее значение принимает оценка остальных параметров БПП.

2. Регистрация дыхательных движений плода (ДДП). Регистрация ДДП способствует определению зрелости дыхательных мышц и регулирующей их нервной системы. ДДП визуализируются при поперечном и/или продольном сканировании туловища плода и представляют собой одновременные перемещения грудной и брюшной стенок. С 32-33 недель ДДП становятся регулярными и происходят с частотой 30-70 движений/мин. При осложненной беременности их число увеличивается до 100-150/мин, либо уменьшается до 10-15/мин, при этом могут отмечаться отдельные судорожные движения, что является признаком хронической внутриутробной гипоксии плода.
3. Оценка двигательной активности плода (ДАП). ДАП визуализируется при любом положении УЗ-датчика в любой плоскости сканирования. Критерием оценки является количество эпизодов движений плода туловищем и конечностями. Совместные движения туловища и конечностей учитываются как одно движение, движения разнесенные по времени как разные.
4. Оценка мышечного тонуса плода (ТП). Критерии оценки – преимущественное положение конечностей: предплечья к плечу, голени к бедру, кисти в кулачках, головка прижата к груди. После движения конечности возвращаются в исходное положение.
5. Оценка объема околоплодных вод (ООВ). Критерии оценки – субъективно оцениваемый объем околоплодных вод. ООВ определяют по величине свободных от частей плода и пуповины карманов околоплодной жидкости. Критическим объемом считается такой, при котором каждый из взаимно перпендикулярных размеров наибольших карманов амниотической жидкости менее 1 см.
6. Состояние плаценты. В настоящее время толщина и степень зрелости плаценты при оценке БПП существенного значения не имеют. Однако следует учитывать месторасположение плаценты, состояние миометрия в зоне плацентации (миоматозный узел, предполагаемый рубец на матке, истончение стенки миометрия в зоне плацентации).

Оценка БПП производится в баллах.

Следует отметить, что БПП является важным диагностическим критерием оценки состояния плода. Однако, во избежание ошибок в тактике ведения беременности и родов кроме подсчета баллов в каждом конкретном случае следует учитывать клинические данные.

Допплерометрический метод исследования основан на определении максимальной систолической скорости кровотока (С) и конечной скорости диастолического кровотока (Д). Систолическая скорость кровотока определяется насосной функцией сердца плода и емкостью его артериальных сосудов. Конечная диастолическая скорость кровотока отражает сопротивление периферической части сосудистого русла.

Основные показатели:

СДО – систолодиастолическое отношение:

$$\text{СДО} = \text{С} : \text{Д}$$

ПИ – пульсационный индекс:

$$\text{ПИ} = (\text{С} - \text{Д}) : \text{М}$$

ИР – индекс резистентности:

$$\text{ИР} = (\text{С} - \text{Д}) : \text{С},$$

где C – максимальная скорость систолического кровотока;

D – конечная скорость диастолического кровотока;

M – средняя скорость кровотока.

Методика исследования. Измерение вышеперечисленных показателей проводят в маточных артериях, артериях пуповины, аорте плода, внутренней сонной артерии плода, спиральных артериях, вене пуповины.

В-режиме работы УЗ-аппарата отыскивают интересующий сосуд. Выбирают прямой участок сосуда, УЗ-луч направляют к выбранному сосуду под максимально острым углом. Метка на луче (пробный объем) должна полностью перекрывать диаметр сосуда. Переводят аппарат в режим доплеровского исследования, записывают доплерограмму. Обработка полученных результатов осуществляется вручную, или автоматически, в зависимости от возможности УЗ-аппарата. Оценка полученных результатов осуществляется при помощи специальных таблиц.

Исследование кровотока в аорте плода производится в ее грудном отделе до отхождения крупных артериальных стволов. Для этого аорту визуализируют выше купола диафрагмы. Датчик прибора располагают так, чтобы продольная ось аорты лежала в плоскости сканирования. Кровоток в артерии пуповины исследуют в ее предполагаемой средней части на достаточном отдалении от места вхождения в плаценту и в брюшную полость плода.

Оценку кривых скоростей кровотока во внутренней сонной артерии плода проводят в плоскости поперечного сечения головки плода, проходящей на уровне ножек мозга.

Исследование кривых скоростей кровотока в маточной артерии осуществляют при продольном сканировании области боковых стенок матки. Вначале визуализируют бифуркацию общей подвздошной артерии. Затем датчик смещают медиально к боковой стенке матки до визуализации маточной артерии с одновременной регистрацией типичной для сосудистой сети с низкой резистентностью двухфазной кривой с низкой пульсацией и высокими диастолическими скоростями кровотока.

Общие правила проведения доплерометрического исследования:

- Выбрать прямой участок сосуда;
- Пробный объем через весь участок сосуда;
- Использовать частотного фильтра 100-150 Гц для устранения низкочастотных шумов,
- Измерение проводят в период апное и при отсутствии двигательной активности плода;
- Проводят расчет показателей 3-5 сердечных циклов,
- Рассчитывают среднее значение показателей.

Состояние кровотока в системе мать-плацента-плод при неосложненном течении беременности:

Особенности доплерографического исследования в маточных артериях:

- Визуализация кривых скоростей кровотока в 85% случаев;
- Кривые скоростей кровотока характеризуются непрерывным поступательным кровотоком на протяжении всего сердечного цикла;

- Отличительной чертой видеосигнала является высокая систола и высокая диастола. Аудиосигнал напоминает шум прибора;
- Топографическими ориентирами является нахождение аркуатных, внутренних и наружных подвздошных артерий. Допплерограмма тока крови в наружной подвздошной артерии имеет высокую, пикообразную систолу, реверсивный компонент, низкую амплитуду диастолической составляющей. Ее аудиосигнал пульсирующий со свистом. Допплерограмма внутренней подвздошной артерии имеет высокую амплитуду систолы, низкую амплитуду диастолы, отсутствие реверсивного и нулевого диастолического кровотока. Аудиосигнал «мягче», чем у наружной, и без свистящего компонента;
- На протяжении 3 триместра беременности характерно постепенное снижение показателей периферического сосудистого сопротивления, выражающееся уменьшением индексов кровотока;
- Допплерометрия в маточных артериях должна проводиться с двух сторон в связи с возможными аномалиями развития сосудов; особенностями кровоснабжения матки, обусловленными положением плаценты, особенностями гемодинамики при позднем гестозе;
- Повышение резистентности в маточных сосудах часто свидетельствует о нарушении маточного кровообращения. Приток крови к матке превышает минимум, необходимый для развития плода, поэтому его уменьшение может и не иметь последствий для плода в момент исследования. Однако с течением времени можно ожидать развития недостаточности плацентарного кровообращения.

Особенности доплерографического исследования в аркуатных артериях:

- Ориентиром является нахождение маточных и подвздошных сосудов;
- Область поиска – передняя маточная стенка;
- Спектр кровотока характеризуется более низкой систолической скоростью кровотока по сравнению с маточными артериями;

Особенности доплерографического исследования в артериях пуповины:

- Визуализация кривых скоростей кровотока с 16 недель в 100% случаев;
- Состояние кровотока в артерии пуповины является наиболее информативным показателем сосудистого сопротивления плацентарного микроциркуляторного русла.
- Допплерограммы кровотока в артериях пуповины при доношенной беременности характеризуются относительно слабым разграничением систолического и диастолического компонентов;
- При нормальном течении беременности доплерометрические показатели в обоих сосудах одинаковые. Различия могут наблюдаться при сужении одной из артерий, вызванных аномалиями развития, тромбозами, истинными узлами пуповины и т.п.;
- До 22 недель беременности в норме возможна регистрация нулевого диастолического кровотока;

- В динамике нормально протекающей беременности происходит постепенное снижение показателей СДО, ПИ, ИР в этом сосуде;
- Нарушение кровотока в артериальных сосудах пуповины указывает на патологию кровообращения в плаценте. При этом может нарушаться развитие плода, развиваться его внутриутробная гипоксия и асфиксия. В отличие от нарушения кровотока в маточных артериях, патология кровообращения в артериях пуповины свидетельствует о начальных стадиях декомпенсации жизнеобеспечения плода.

Особенности доплерографического исследования в аорте плода:

- Регистрация кривых скоростей кровотока в аорте плода проводится с 20-22 недель беременности;
- Допплерограмма имеет высокий амплитудный систолический и низкий диастолический спектры. Последний от первого отделен выемкой. Глубина дикротической выемки зависит от упругости сосудистой стенки, расстояния от клапанов аорты;
- В начале 2 триместра беременности кривые скоростей кровотока имеют пологий вид. После 22-23 недель беременности начинает появляться характерное разделение фазы децелерации на быстрый и медленный компоненты. В динамике беременности происходит углубление дикротической выемки;
- Нулевые и отрицательные значения диастолического компонента кровотока в норме отсутствуют.

Особенности доплерографического исследования во внутренней сонной артерии плода:

- Топографическими ориентирами являются мозговые структуры задней черепной ямки;
- Исследование выполняется с 26 недель гестации, при использовании трансвагинальной доплеровской системы - с 10 недель;
- Допплерограммы не имеют нулевых и отрицательных значений;
- Спектр скоростей кровотока напоминает треугольник с вогнутой стороной, соответствующей фазе диастолы. В динамике беременности отмечается постепенное уменьшение выемки между систолой и диастолой.

Снижение диастолического компонента кровотока и, соответственно, повышение СДО в артерии пуповины и маточных артериях – является наиболее ранним признаком нарушения кровообращения в системе мать-плацента-плод.

Варианты развития хронической ФПН:

1 вариант – первичное нарушение кровотока происходит в маточных артериях, на начальном этапе гемодинамика плода не страдает. По мере прогрессирования патологического процесса обнаруживаются нарушения в артерии пуповины, затем в аорте плода.

Причины:

- поздний гестоз,
- ЭГП, сопровождающаяся стойкой гипертензией.

Ранняя диагностика:

- снижение диастолического компонента кровотока (соответственно повышение СДО более 2,6), появление дикротической выемки в фазу диастолы в маточных артериях в сроке гестации 21-26 недель является ранним признаком развития ФПН.

2 вариант – нарушения выявляются только в системе плодово-плацентарного кровообращения. Кривые скоростей кровотока в маточных артериях остаются без изменения.

Причины:

- первичная плацентарная недостаточность.
Ранняя диагностика:
- Расчет плацентарного коэффициента по З.М. Мусаеву:
 $ПК = 1:(СДО_{ап}-СДО_{ма})$,
где ПК – плацентарный коэффициент,
СДО_{ап} – систолодиастолическое отношение в артерии пуповины,
СДО_{ма} – систолодиастолическое отношение в маточных артериях.
- В артериях пуповины на протяжении 3 триместра беременности отмечаются высокие численные значения СДО, ПИ, ИР (СДО 3,0 и более, ПИ 1,1 и более), хотя как и при физиологической беременности отмечается снижение их показателей с ростом срока беременности (СДО с 3,8 до 3,0).
- Во внутренней сонной артерии плода наблюдается снижение СДО, ПИ в результате компенсаторно-приспособительных реакций в ответ на централизацию кровообращения («brain-sparing-effect»). Церебро-плацентарное отношение больше 1.

Классификация нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод:

1 степень - гемодинамические нарушения отмечаются только в маточных артериях (1А), или артерии пуповины (1Б).

2 степень – гемодинамические нарушения маточного и плодового кровотока не достигающие критических значений.

3 степень – нулевой или отрицательный диастолический кровоток в артерии пуповины.

Удовлетворительное состояние плода:

- Физиологический сердечный ритм плода;
- гемодинамика, по данным доплерометрии, не нарушена;
- условнопатологический сердечный ритм КТГ при нормальных показателях доплерометрии.

Акушерская тактика.

Контроль КТГ через 5-7 дней; контроль показателей ДПМ в артерии пуповины через 10-14 дней. При условнопатологическом ритме КТГ и неизмененных доплерометрических показателях контроль КТГ через 24 часа.

Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения легкой степени (компенсированная форма хронической ФПН):

- Условнопатологический и физиологический ритм КТГ при нарушении ФПК легкой степени, по данным ДПМ;
- условнопатологический ритм в течение 3 и более наблюдений и патологический ритм КТГ при ненарушенных показателях ДПМ.

Акушерская тактика:

- определение БПП;
- КТГ-контроль – ежедневно, контроль ДПМ через 3 суток;
- комплексная медикаментозная терапия хронической ФПН и внутриутробной гипоксии плода;

- при отсутствии эффекта от консервативной терапии – досрочное родоразрешение, в сроках гестации до 35 недель - профилактика РДС-синдрома.

Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока средней степени тяжести (субкомпенсированная форма ХФПН):

- патологический ритм КТГ сочетается с нарушением ФПК легкой и средней степени, по данным ДПМ;
- физиологический или условнопатологический ритм КТГ при нарушении ФПК средней степени тяжести, по данным ДПМ;
- оценка БПП составляет 4-6 баллов;
- периодическое выпадение диастолического кровотока, по данным ДПМ, данные КТГ могут быть не изменены.

Акушерская тактика:

- комплексная медикаментозная терапия ФПН и внутриутробной гипоксии плода;
- в случае отсутствия эффекта от медикаментозной терапии – досрочное родоразрешение по жизненным показаниям со стороны плода в течении 48 часов; до 35 недель беременности - профилактика РДС-синдрома.

Критическое состояние плода (декомпенсированная форма хронической ФПН):

- 3 степень нарушения гемодинамики в системе мать-плацента-плод, по данным ДПМ;
- нулевой диастолический кровоток в аорте плода, по данным ДПМ;
- снижение СДО во внутренней сонной артерии плода до 2,3 и менее;
- снижение СДО в аорте плода при предыдущих высоких его значениях («мнимая нормализация») на фоне патологических значений КТГ;
- «немой» тип КТГ, появление спонтанных децелераций на фоне резкого снижения variability базального ритма КТГ;

Акушерская тактика:

- досрочное родоразрешение по жизненным показаниям со стороны плода.
- до 28 недель абдоминальное родоразрешение в интересах плода не оправдано, так как в большинстве случаев выхаживание глубоко недоношенного с выраженными нарушениями гемодинамики проблематично.
- в сроках гестации 28-32 недели вопрос о досрочном родоразрешении путем операции кесарева сечения в интересах плода решается в зависимости от возможности выхаживания новорожденного.
- в срок 32 недели и более предпочтительным методом родоразрешения (при исключенной врожденной патологии) является операция кесарева сечения.

Диагностические тесты при беременности с риском невынашивания - изменение ХГ в динамике I триместра беременности и наблюдения за состоянием шейки матки для своевременного выявления истмико-цервикальной недостаточности.

Обследованию подлежат беременные:

1. с наличием факторов медицинского «риска».
2. имеющие в анамнезе самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды независимо от их числа.
3. с гипертонусом матки.
4. с многоводием, выявленным при ультразвуковом скрининге.
5. имеющие клинические признаки угрозы прерывания беременности.
6. с инфекцией мочевых путей.
7. с опухолями матки.
8. с травматической деформацией шейки матки.
9. с нарушением менструального цикла.
10. с бесплодием в анамнезе.

Контроль состояния шейки матки в динамике беременности осуществляется в сроке 12-24 недель. Обследование позволяет диагностировать возможные этиологические факторы невынашивания беременности:

1. Бактериально-вирусная инфекция половых путей
2. Истмико-цервикальная недостаточность.
3. Врожденные аномалии и синехии матки
4. Гиперандрогения
5. Аутоиммунные нарушения (волчаночный антикоагулянт и антитела к ХГ).

Дальнейшее наблюдение, обследование и лечение проводится в зависимости от предполагаемого генеза невынашивания беременности.

Важнейшим фактором профилактики невынашивания в современных условиях является *скрининг беременных на наличие ИППП*.

Кроме того, обследование на наличие ИППП является обязательным в следующих группах беременных:

- с кольпитами, цервицитами, уретритами, циститами, генитальными язвами;
- с упорными кольпитами, не поддающимися общепринятой терапии;
- страдающие кондиломатозом вульвы и влагалища;
- с угрозой прерывания беременности;
- с многоводием и маловодием, ФПН;
- с частыми острыми респираторными заболеваниями во время данной беременности;
- с отягощенным акушерским анамнезом (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, мертворожденные, смерть ребенка в неонатальном периоде, ВПР).

В алгоритм пренатального мониторинга необходимо включать трехкратный *ультразвуковой скрининг* беременных в сроке 9-11, 16-20 и 24-26 недель, а по показаниям и чаще.

УЗИ в I триместре беременности позволяет точно установить срок гестации, многоплодие, состояние хориона, неразвивающуюся беременность, сопутствующие гинекологические заболевания, угрозу прерывания беременности и некоторые пороки развития плода.

УЗИ во II триместре беременности в основном направлено на диагностику ВПР. Кроме того, возможно выявление патологии плаценты, оболочек, истмико-цервикальной недостаточности, мало- и многоводия.

УЗИ в III триместре позволяет дополнительно обнаружить не выявляемые ранее ВПР, ЗВУР, патологию пуповины.

Разработанная нами форма заключения врача по результатам проведенного УЗ-скрининга представлена на рис. 2.16.

Результат УЗИ беременной (II-III тр.) № _____

Ф.И.О. _____ Возраст ___ Ж/К ___ Домашний адрес _____

Первый день последней менструации _____ число, месяц, год.

Модель аппарата _____

Кто направил (Ф.И.О. врача (разборчиво)) _____

Определяется один плод в головном, тазовом предлежании _____

Положение плода: продольное, поперечное, косое, неустойчивое _____

БПР голова плода _____ см, ЛЗР _____ см. НС _____ см. Животик плода _____ см. АС _____ см.

Длина бедра _____ см. Длина плеча _____ см.

Размеры плода пропорциональны, непропорциональны и не позволяют определить срок.

Предполагаемая масса плода _____. Внутренние органы: головной мозг _____

Желудочки: боковой _____ см, передний рог _____ см, задний рог _____ см, мозжечок _____ см.

Позвоночник _____

Шейная складка _____ см. Лицо плода _____

Межорбитальные размеры: внутренний _____ мм, наружный _____ мм.

Сердце: Локализация _____ 4-х камерные проекции _____

Легочной ствол _____ ЧСС _____ ударов в мин., ритмичное, аритмичное _____

Диафрагма _____ Передняя брюшная стенка _____

Желудок _____ Печень _____ Кишечник _____

Почки: правая _____ левая _____ Лоханки _____

Мочевой пузырь _____ Конечности: плечо _____ предплечье _____

Кисть _____ Голень _____ Стопа _____

Плацента расположена на передней, задней, в дне, правой боковой, левой боковой стенке матки.

Край плаценты на _____ см. выше внутреннего зева, перекрывает внутренний зев, на уровне внутреннего зева.

Толщина плаценты _____ см. (нормальная, тонкая, увеличенная).

Площадь _____ Межворсинчатое пространство _____

Пуповина: число сосудов _____ Отхождение _____ Обвитие _____

Степень зрелости плаценты 0, I, II, III. Соответствует, не соответствует сроку беременности.

Тонус миометрия: 0-I-2-3 ст. Количество околоплодных вод (умеренное, многоводие, маловодие)

Пакет вод _____ см. Двигательная активность _____

Допплерометрия в артерии пуповины _____ в аорте плода _____

Маточной артерии _____

Видимых аномалий развития плода не выявлено.

Имеются _____

_____ Стенка матки без изменений, имеется _____

Заключение: Размеры плода соответствуют _____ нед. беременности.

Рекомендации: _____

Обследование провел: Ф.И.О. _____ Подпись _____

" ____ " _____ 200 ____ г.

Рис.2.16. Форма заключения врача по результатам проведенного УЗ-скрининга
Обязательному медико-генетическому консультированию подлежат
беременные при наличии следующих показаний:

1. Возраст беременной 35 лет и более.
2. Наличие у одного из супругов хромосомной перестройки или порока развития.
3. Наличие в анамнезе детей с:
 - наследственными болезнями обмена и сцепленными с полом;
 - врожденной гиперплазией коры надпочечников;
 - ВПР – изолированными и множественными;
 - хромосомными заболеваниями;
 - умственной отсталостью.
4. Наличие вышеперечисленной патологии среди родственников.
5. Кровнородственный брак.
6. Привычное невынашивание беременности неясного генеза.
7. Неблагоприятные воздействия в ранние сроки беременности (заболевания, диагностические или лечебные процедуры, прием медикаментозных средств).
8. Осложненное течение беременности (угроза прерывания с ранних сроков, не- поддающаяся терапии, многоводие).
9. Патология плода, выявленная при ультразвуковом исследовании.
10. Изменение показателей скринирующих факторов: альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина, эстриола, 17-оксипрогестерона.
11. Наличие у супругов вредностей, связанных с профессией.
12. Первичная аменорея, нарушения менструального цикла неясного генеза.

Врач акушер-гинеколог направляет беременную на медико-генетическую консультацию в ранние сроки (6-8 недель) с подробными выписками о течение предыдущих беременностей, родов, о состоянии новорожденного, результатами его обследования, с указанием данных предыдущих патологоанатомических исследований. По результатам УЗИ и медико-генетического консультирования заполняется разработанная нами форма *фетального паспорта* (рис. 2.17).

Фетальный паспорт заполняется в 2-х экземплярах: в 30 недель беременности при получении декретного отпуска: 1-й - остается в индивидуальной карте, 2-й отдается на руки беременной вместе с обменной картой и после родов из акушерского стационара передается в детскую поликлинику по месту жительства для внесения в *«Историю развития ребенка»* (ф 112).

ФЕТАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ

1. Ф.И.О. _____ Возраст _____ ж/к _____
2. Домашний адрес _____ Дата взятия на учет _____
Срок _____ Первый день последней менструации _____
3. Факторы генетического риска (перечислить) _____
4. Консультация генетика: (заключение) первично _____
Повторно _____
5. Результат АФП : дата взятия _____ Заключение _____
Повторное _____ Дата взятия _____
Заключение: _____
6. Контроль ФКУ и ГТ в родильном доме _____
дата взятия анализа, сутки жизни ребенка

Данные ультразвукового исследования

Тип аппарата:	1-е исследование 14-16 недель	2-е исследование 18-21 недель	3-е исследование	4-е исследование
	дата проведения / срок беременности	дата проведения / срок беременности	дата проведения / срок беременности	дата проведения / срок беременности
1. Число плодов				
2. Локализация плаценты				
3. Толщина, структура				
4. Пуповина, число сосудов				
5. Обвитие пуповины				
6. Пакет околоплодных вод				
7. Бипариетальный диаметр				
8. Окружность головы				
9. Желудочки мозга				
10. Мозжечок				
11. Наружная орбита				
12. Внутренняя орбита				
13. Размеры живота				
14. Окружность живота				
15. Длина бедра				
Анатомия плода				
16. Мозг				
17. Лицо				
18. Грудная клетка				
19. Шейная складка				
20. Позвоночник				
21. 4-х камерная проекция сердца				
22. ЧСС, ритм				
23. Диафрагма				
24. Передняя брюшная стенка				
25. Печень				
26. Желудок				
27. Кишечник				
28. Почки				
29. Мочевой пузырь				
Конечности:				
30. Плечо				
31. Предплечье				
32. Кисть				
33. Голень				
34. Стопа				
35. Двигательная активность плода				
Допплероматрия:				
36. В артерии пуповины				
37. В аорте плода				
38. В маточной артерии				
ЗАКЛЮЧЕНИЕ :				

Исследование выполнил: _____
(Ф.И.О. врача разборчиво, подпись)

Дата заполнения _____ Зав. ж/к Ф.И.О. _____

Врожденные пороки развития, выявленные после родов: _____

Рис.2.17. Форма fetalного паспорта

В обязательном гормональном мониторинге нуждаются пациентки с гипертензией во время беременности, гестозом, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, обусловленным преждевременными родами, самопроизвольными выкидышами, дисфункцией гонад, бесплодием, перенесшие выраженный ранний токсикоз, хроническую угрозу прерывания беременности, с отслойкой и аномалией расположения плаценты, опухолями матки, пороками её развития или другими факторами риска. При интерпретации данных гормональных исследований и назначении их коррекции необходимо учитывать суточные биоритмы продукции гормонов.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности, к которым относятся:

I. Социально-биологические:

- возраст матери (до 18 лет; старше 35 лет);
- возраст отца старше 40 лет;
- профессиональные вредности у родителей;
- табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25% выше или ниже нормы).

II. Акушерско-гинекологический анамнез:

- число родов 4 и более;
- неоднократные или осложненные аборты;
- оперативные вмешательства на матке и придатках;
- пороки развития матки;
- бесплодие;
- невынашивание беременности;
- неразвивающаяся беременность;
- преждевременные роды;
- мертворождение;
- смерть в неонатальном периоде;
- рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;
- рождение детей с низкой или крупной массой тела;
- осложненное течение предыдущей беременности;
- бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.);

III. ЭГП:

- сердечно-сосудистые: пороки сердца, гипер- и гипотензивные расстройства;
- заболевания мочевыделительных путей;

- эндокринопатия;
- болезни крови;
- болезни печени;
- болезни легких;
- заболевания соединительной ткани;
- острые и хронические инфекции;
- нарушение гемостаза;
- алкоголизм, наркомания

IV. Осложнения беременности:

- рвота беременных;
- угроза прерывания беременности;
- кровотечение в I и II половине беременности;
- поздний гестоз;
- многоводие;
- маловодие;
- плацентарная недостаточность;
- многоплодие;
- анемия;
- Rh и ABO изосенсибилизация;
- обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.)
- анатомически узкий таз;
- неправильное положение плода;
- переносимая беременность;
- индуцированная беременность.

Все беременные группы высокого «риска» осматриваются заведующим ЖК, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

При положительном решении вопроса о сохранении беременности у женщин с высокой степенью «риска» каждая беременная нуждается в дифференцированном плане ведения, включающем не только наблюдение за её здоровьем, но специальные методы, позволяющие оценить состояние её плода. Для каждой беременной намечают индивидуальный план наблюдения, который заносится в «Индивидуальную карту беременной и родильницы».

Всего родов	УЗИ в сроке до 15 недель			УЗИ в сроке 15-22 недели				УЗИ в сроке после 22 недель				Обследовано на АФП и ХГ	Всего выявлено (Ф.И.О., адрес)	Всего прервано (Ф.И.О., адрес)	Причины отказа в прерывании (Ф.И.О., адрес)
	обследовано	выявлено пороков	прервано беремен	обследовано	в т.ч. 2-х кратн о	выявлено пороков	прервано беремен	обследовано	выявлено пороков	причины позднего выявления	прервано беремен				

Рис.2.18. Ф о р м а отчета о пренатальном скрининге

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Дата смерти	Возраст	Пол	Масса тела при рождении	Диагноз	Возможность диагностики во время беременности	УЗИ во время беременности срок, место	АФП и ХГ	Показания для консультирования генетика в МГЦ во время беременности	Дата консультирования в МГЦ (срок беременности)	Степень коррекции порока	Примечание
-------	--------	---------------	-------------	---------	-----	-------------------------	---------	-----------------------------------------------	---------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------	------------

Рис.2.19. Форма анализа МЛС от ВПР

№ п/п	Ф.И.О. матери	Адрес	Диагноз	Гибель плода (антенатально, интранатально)	Дата и срок выявления порока	Срок гестации при родораз-решении	Пол плода	Масса тела	Возраст матери	Вероятность выявления порока	Проведение УЗИ – исследования (срок, место)	АФП и ХГ	Показания для консультирования в областном МГЦ	Дата консультирования в МГЦ	Примечание
-------	---------------	-------	---------	--------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-----------	------------	----------------	------------------------------	---------------------------------------------	----------	------------------------------------------------	-----------------------------	------------

Рис.2.20. Форма анализа мертворождаемости от ВПР

Для определения степени «риска» в сроке беременности 32 и 38 недель проводят балльный скрининг и уточняют план ведения беременности.

В 36 недель беременности женщины из группы среднего и высокого «риска» должны повторно осматриваться заведующим ЖК. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп «риска» и планирования дородовой госпитализации.

Для определения срока беременности при оформлении отпуска по беременности и родам врач руководствуется Постановлением МЗ РБ и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь № 52/97 от 9 июля 2002 г. «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о ВН и Инструкции по заполнению листков нетрудоспособности и справок о ВН, а также «Инструкцией по критериям определения беременности сроком 30 недель».

При сомнении в установлении срока беременности вопрос об отпуске решается консультативно с заведующим ЖК.

Порядок оказания медицинской помощи беременным с наличием акушерско-гинекологической патологией и ЭГП должен основываться на Протоколах (стандартах) обследования и лечения гинекологических больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, утвержденных Приказом МЗ РБ № 126 от 29.05.2001 г. и Временных протоколах (стандартах) обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, утвержденных Приказом МЗ РБ № 24 от 15.02.2002 г., а также на разработанных нами стандартах обследования и лечения беременных и гинекологических больных в Гродненской области.

Форма ежеквартального отчета о проведенном пренатальном скрининге представлена на рис. 2.18.

Заведующий ЖК должен ежеквартально проводить анализ случаев МлС и мертворождаемости от ВПР (рис. 2.19., 2.20.).

Порядок госпитализации. По показаниям беременная с акушерской патологией госпитализируется в отделение патологии беременных физиологического или специализированного стационара. При ЭГП она может быть госпитализирована до 20 недель беременности в терапевтическое отделение по профилю заболевания или в отделение патологии беременных акушерского стационара. Беременных с тяжелой акушерской патологией и ЭГП следует направлять на госпитализацию в специализированный акушерский стационар или в МПЦ, если таковой существует на данной административной территории для расширенного обследования, лечения или решения вопроса о пролонгировании беременности.

План родоразрешения составляется во время беременности с учетом прогнозирования всех факторов риска. В родовспомогательных ЛПО I уровня возможно ведение только нормальных срочных родов у женщин без наличия перинатальных и других факторов риска.

При наличии патологии беременных и ЭГП у матери осуществляется дородовая госпитализация в МПЦ II-III уровня в плановом или экстренном порядке. Госпитализация для досрочного родоразрешения в сроке беременности более 32 недель должна осуществляться в МПЦ II-III уровня, а при необходимости более раннего родоразрешения только в МПЦ III уровня.

Структура МПЦ и показания для направления на госпитализацию акушерские стационары I-III уровней определены приказом УЗО № 211 от 09.04.2004 г. «О совершенствовании деятельности перинатальных центров в Гродненской области».

Структура акушерско-гинекологических МПЦ

1. Центры III уровня:
 - 1.1. ГОКРД.
 - 1.2. БСМП (по оказанию уронефрологической помощи беременным, роженицам и родильницам).
2. Центры II уровня:
 - 2.1. Родильное отделение БСМП г. Гродно.
 - 2.2. Лидская ЦРБ.
 - 2.3. Волковысская ЦРБ.
 - 2.4. Ошмянская ЦРБ.
3. Центры I уровня:
 - 3.1. ТМО № 1 г. Гродно
 - 3.2. ТМО № 2 г. Гродно
 - 3.3. Гродненское райТМО
 - 3.4. Щучинское ТМО
 - 3.5. Мостовское ТМО
 - 3.6. Берестовицкое ТМО
 - 3.7. Свислочское ТМО
 - 3.8. Зельвенское ТМО
 - 3.9. Слонимское ТМО
 - 3.10. Вороновское ТМО
 - 3.11. Дятловское ТМО
 - 3.12. Новогрудское ТМО
 - 3.13. Кореличское ТМО
 - 3.14. Ивьевское ТМО
 - 3.15. Сморгонское ТМО
 - 3.16. Островецкое ТМО.

Организация разноуровневой системы медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам

Зона обслуживания ГОКРД как МПЦ 3 уровня по соответствующим показаниям согласно приложениям № 3-4 настоящего приказа охватывает все акушерско-гинекологические МПЦ 1 и 2 уровня Гродненской области.

Зона обслуживания БСМП как МПЦ 3 уровня по оказанию специализированной уронефрологической помощи беременным, роженицам и родильницам охватывает все МПЦ 1-3 уровней Гродненской области.

Зона обслуживания ГОКРД как перинатального центра 2 уровня по соответствующим показаниям согласно приложениям № 3-4 настоящего приказа охватывает следующие акушерско-гинекологические МПЦ 1 и 2 уровня Гродненской области:

1. ЖК № 5 ТМО № 1 г. Гродно.
2. Гродненское райТМО.
3. Щучинское ТМО.
4. Мостовское ТМО.
5. Берестовицкое ТМО.

Зона обслуживания родильного отделения БСМП г. Гродно как МПЦ 2 уровня по соответствующим показаниям согласно приложениям № 3-4 настоящего приказа охватывает следующие МПЦ 1 уровня:

1. ТМО № 1 г. Гродно (ЖК №№ 1,4).
2. ТМО № 2 г. Гродно (ЖК №№ 2,3).

Зона обслуживания Лидской ЦРБ как МПЦ 2 уровня по соответствующим показаниям согласно приложению № 3 настоящего приказа охватывает следующие акушерско-гинекологические МПЦ 1 уровня Гродненской области:

1. Вороновское ТМО.
2. Дятловское ТМО.
3. Новогрудское ТМО.
4. Кореличское ТМО.
5. Ивьевское ТМО.

Зона обслуживания Волковысской ЦРБ как МПЦ 2 уровня по соответствующим показаниям согласно приложению № 3 настоящего приказа охватывает следующие акушерско-гинекологические МПЦ 1 уровня Гродненской области:

1. Свислочское ТМО.
2. Зельвенское ТМО.
3. Слонимское ТМО.

Зона обслуживания Ошмянской ЦРБ как МПЦ 2 уровня по соответствующим показаниям согласно приложению № 3 настоящего приказа охватывает следующие акушерско-гинекологические МПЦ 1 уровня Гродненской области:

1. Сморгонское ТМО.
2. Островецкое ТМО.

Показания для направления на госпитализацию в акушерско-гинекологические МПЦ

Показания для направления на госпитализацию в ГОКРД как МПЦ III уровня:

1. преждевременные роды из г. Гродно и ЛПО Гродненской области (при развитии регулярной родовой деятельности или при излитии околоплодных вод) в сроке беременности до 36 недель;
2. сахарный диабет;
3. синдром ВЗУР III степени;
4. заболевания щитовидной железы с нарушением функции;
5. иммуноконфликтная беременность (изосенсибилизация по Rh-фактору, АВО-системе, HLA-системе и др.);
6. сердечно-сосудистые заболевания с признаками нарушения кровообращения или при угрозе развития декомпенсации в родах;
7. признаки легочно-сердечной недостаточности;
8. гестоз III степени тяжести;
9. заболевания крови, печени и других органов с выраженным нарушением их функции;
10. редкие формы токсикозов беременных;
11. маточное кровотечение во время предыдущих родов при объеме кровопотери более 1000 мл;

12. признаки внутриутробной гипоксии плода, подтвержденные при КТГ и доплерометрии.

Показания для направления на госпитализацию в ГКО «СМП» как МПЦ III уровня:

1. уронефрологическая патология у беременных, рожениц и родильниц.

Показания для направления на госпитализацию в МПЦ II уровня:

2. преждевременные роды в сроке беременности с 36 недель беременности;
3. угрожающие преждевременные роды;
4. планируемые роды через естественные родовые пути после перенесенной операции кесарева сечения;
5. для решения вопроса о проведении повторной операции кесарева сечения;
6. гестоз II степени тяжести;
7. паритет родов более 4;
8. подозрение на наличие внутриутробной гипоксии плода;
9. синдром внутриутробной задержки развития плода II степени;
10. маточное кровотечение во время предыдущих родов при объеме кровопотери до 1000 мл;
11. многоплодие;
12. неправильное положение плода;
13. крупный плод;
14. анатомически узкий таз при планировании родов через естественные родовые пути;
15. предлежание плаценты без признаков кровотечения;
16. анте-, интра-, или неонатальная гибель плода в анамнезе;
17. перенашивание беременности;
18. юные и возрастные первородящие;
19. многоводие;
20. маловодие;
21. отягощенный акушерско-гинекологический анамнез;
22. антенатальная гибель плода (госпитализация на 3-й уровень по согласованию с заместителем главного врача ГОКРД).

Показания для родоразрешения в МПЦ I уровня:

1. нормальные роды.

Примечания:

1. сроки и порядок госпитализации беременных и родильниц для стационарного лечения или родоразрешения определены приказом Министерства здравоохранения СССР № 430 от 22.04.1981 года.
2. объем лечебно-диагностических мероприятий регламентирован Временными протоколами (стандартами) обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, утвержденных Приказом МЗ РБ № 24 от 15.02.2002 г

Порядок госпитализации беременных, рожениц и гинекологических больных в стационары г. Гродно

Наименование стационара	Показания к госпитализации	Закреплённые ЛПУ	Вид госпитализации, часы суток
Гродненский областной клинический родильный дом (перинатальный центр III уровня)	Госпитализация беременных и рожениц после 22 недель Госпитализация беременных и рожениц Госпитализация беременных и рожениц на III уровень оказания перинатальной помощи. Госпитализация беременных и рожениц на II уровень оказания перинатальной помощи Прерывание беременности по медико-генетическим показаниям Прерывание беременности по медицинским и немедицинским показаниям Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии неинфекционной этиологии	Ж/к №5, ЛПУ Гродненского района Ж/к № 1-5, ЛПУ области ЛПУ Щучинского, Мостовского, Берестовицкого районов, Ж/к № 1-5, ЛПУ области Ж/к № 5, ЛПУ Гродненского района Ж/к № 5, ЛПУ Гродненской области	Круглосуточно экстренная Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
Городская клиническая больница № 4	Лапароскопические операции восстановления репродуктивной функции Иные виды оперативного и консервативного лечения гинекологической патологии неинфекционной этиологии	Ж/к 1-5, п-ка «Азот», ЛПУ области Ж/к № 1-4, п-ка «Азот»	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ , экстренная согласно графика дежурств
Больница скорой медицинской помощи (перинатальный центр II уровня)	Госпитализация беременных и рожениц Госпитализация беременных до 22 недель Госпитализация беременных с уронефрологической патологией Прерывание беременности по медицинским и немедицинским показаниям Оперативное лечение гинекологической патологии Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии инфекционной этиологии Оперативное и консервативное лечение в детском возрасте Оперативное лечение больных урогинекологичес-	Ж/к № 1-4 Ж/к № 1-5 Ж/к № 1-5, ЛПУ области Ж/к № 1-4 Ж/к № 1-4, пол-ка «Азот» Ж/к № 1-5, пол-ка «Азот», ЛПУ области Ж/к № 1-5, ЛПУ области Ж/к № 1-5, ЛПУ области	Круглосуточно экстренная Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ Экстренная согласно графика дежурств Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ , экстренная согласно графика дежурств Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰ , экстренная

	кого профиля		согласно графика дежурств
Гродненская областная клиническая больница (онкология № 3)	Оперативное лечение предраковых заболеваний шейки матки (дисплазия III степени)	Ж/к № 1-5, ЛПУ области	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
	Оперативное лечение злокачественных новообразований	Ж/к № 1-5, ЛПУ области	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
Дневные стационары:	Угроза прерывания беременности в сроке до 22 недель	Ж/к № 2, 5	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
Женская консультация № 2	Лечебно-диагностические мероприятия больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении	Ж/к № 2, 3	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
Женская консультация № 5	Лечебно-диагностические мероприятия больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении	Ж/к № 1, 4, 5	Плановая 9 ⁰⁰ -15 ⁰⁰

В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач ЖК выдает на руки беременной при оформлении отпуска по беременности и родам «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы».

При отъезде беременной в другой город (село) врач разъясняет необходимость её дальнейшего наблюдения у врача акушера-гинеколога. Врач консультации или другого учреждения временно наблюдающий за такой беременной, должен записывать основные результаты осмотров и исследований в выданную ей ранее по месту жительства «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» и завести на неё «Индивидуальную карту беременной и родильницы».

«Индивидуальные карты беременных и родильниц» хранят в кабинете акушера-гинеколога в картотеке по датам назначения последующего посещения.

В картотеке должны быть ещё 3 отдельные ячейки для карт родивших, подлежащих патронажу женщин, госпитализированных беременных.

Дородовый патронаж осуществляет акушерка амбулаторного приема по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.).

Послеродовой патронаж осуществляется в следующем порядке. В течение 2 недель после выписки из родильного дома при патологических родах женщину посещает акушерка амбулаторного приема. При физиологических родах посещение акушеркой родильницы может быть осуществлено в течение месяца после выписки из родильного отделения. В случае неявки родильницы для послеродового осмотра в течение недели после ее посещения акушеркой врач акушер-гинеколог должен осуществить ее патронаж на дому.

Заведующий ЖК ежеквартально проводит *анализ деятельности* каждого врача консультации и ЛПО в целом по оказанию перинатальной помощи беременным.

2.2.6. Организация специализированной амбулаторно-поликлинической АГП.

Формы организации специализированной амбулаторно-поликлинической АГП помощи:

- Специализированный прием в крупной ЖК (на 6 акушерских участков и более);
- Областное отделение «Брак и семья»;

- ГОКРД;
- НИИ ОМД МЗ РБ.

Виды специализированной помощи, уровень ее размещения определяются, исходя из наличия контингента беременных или гинекологических больных, соответствующих штатных должностей и физических лиц, состояния материально-технической базы, амбулаторно-поликлинических акушерско-гинекологических ЛПО.

2.2.7. Профилактические осмотры и организация диспансеризации гинекологических заболеваний в подростковом возрасте.

Проведение ежегодных профилактических гинекологических осмотров девочек-подростков позволяет унифицировать подход к обследованию данного контингента с учетом характера происходящих в юношеском организме изменений. Врач акушер-гинеколог при проведении профилактического осмотра должен провести обязательный анализ переданной из детской поликлиники медицинской документации, данных семейного и личного анамнеза, оценку физического и полового развития, а также гинекологическое (ректальное) исследование. При наличии показаний проводится УЗИ, гормональное исследование и медико-генетическое консультирование, а также иные виды обследования.

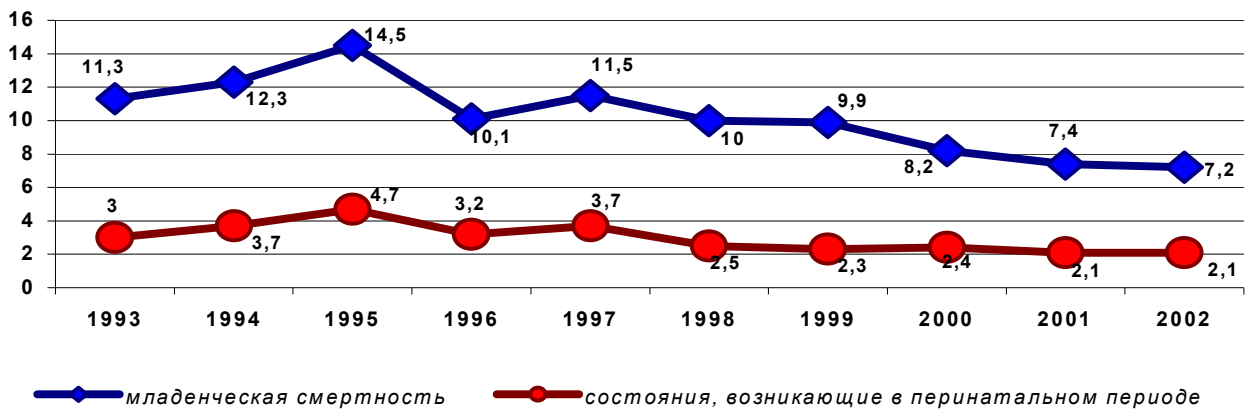


Рис. 6.7. Динамика младенческой смертности в Гродненской области за период 1993-2002 гг. (на 1000 родившихся живыми)

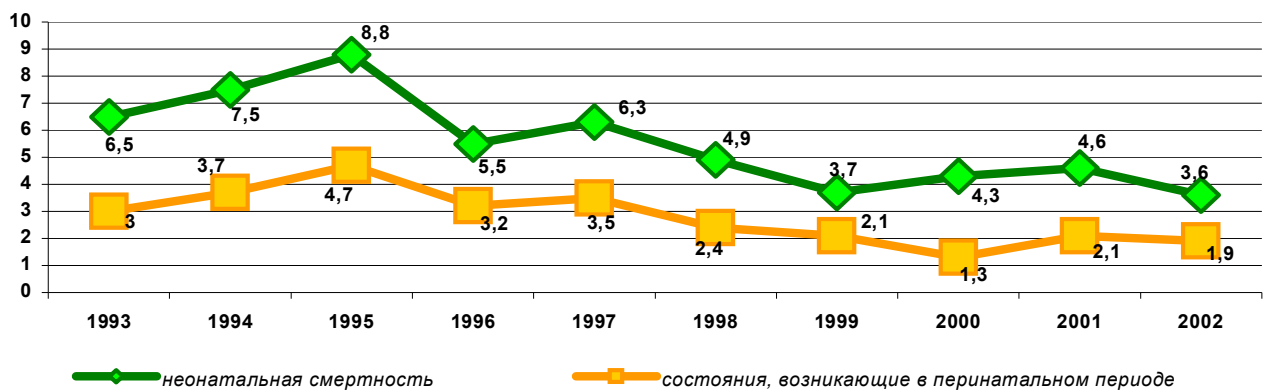


Рис. 6.8. Динамика неонатальной смертности в Гродненской области за период 1993-2002 гг. (на 1000 родившихся живыми)

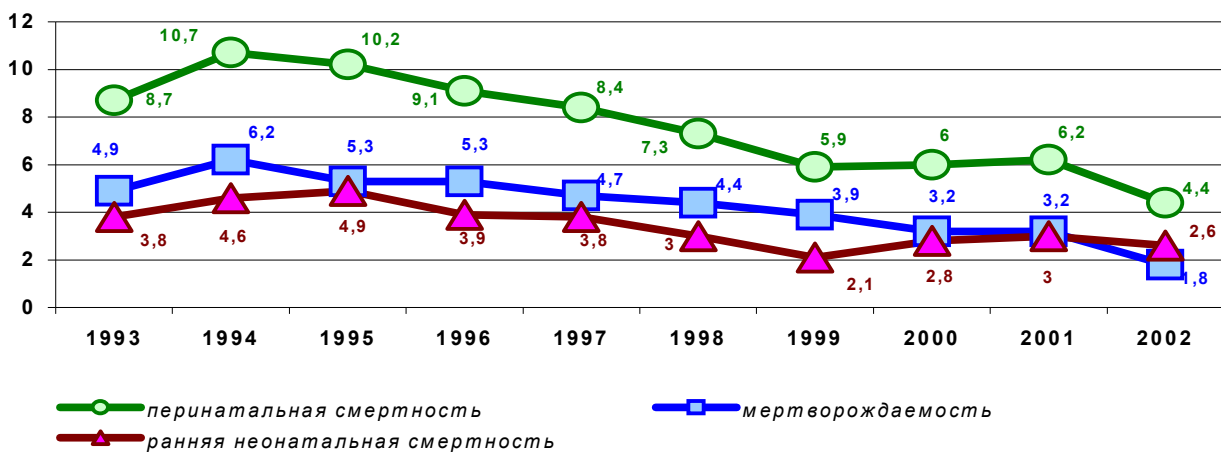


Рис. 6.9. Динамика перинатальной смертности, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в Гродненской области за период 1993-2002 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Анализ проведенных профилактических осмотров и диспансеризации гинекологических заболеваний, выявленных у девочек-подростков в процессе профилактического осмотра или при обращении на прием, мы предлагаем проводить по разработанным нами формам (рис. 2.21., 2.22.).

Выявление группы "риска" по возникновению гинекологических заболеваний у девочек-подростков и своевременное лечение патологии – основа профилактики нарушения репродуктивной функции взрослых женщин.

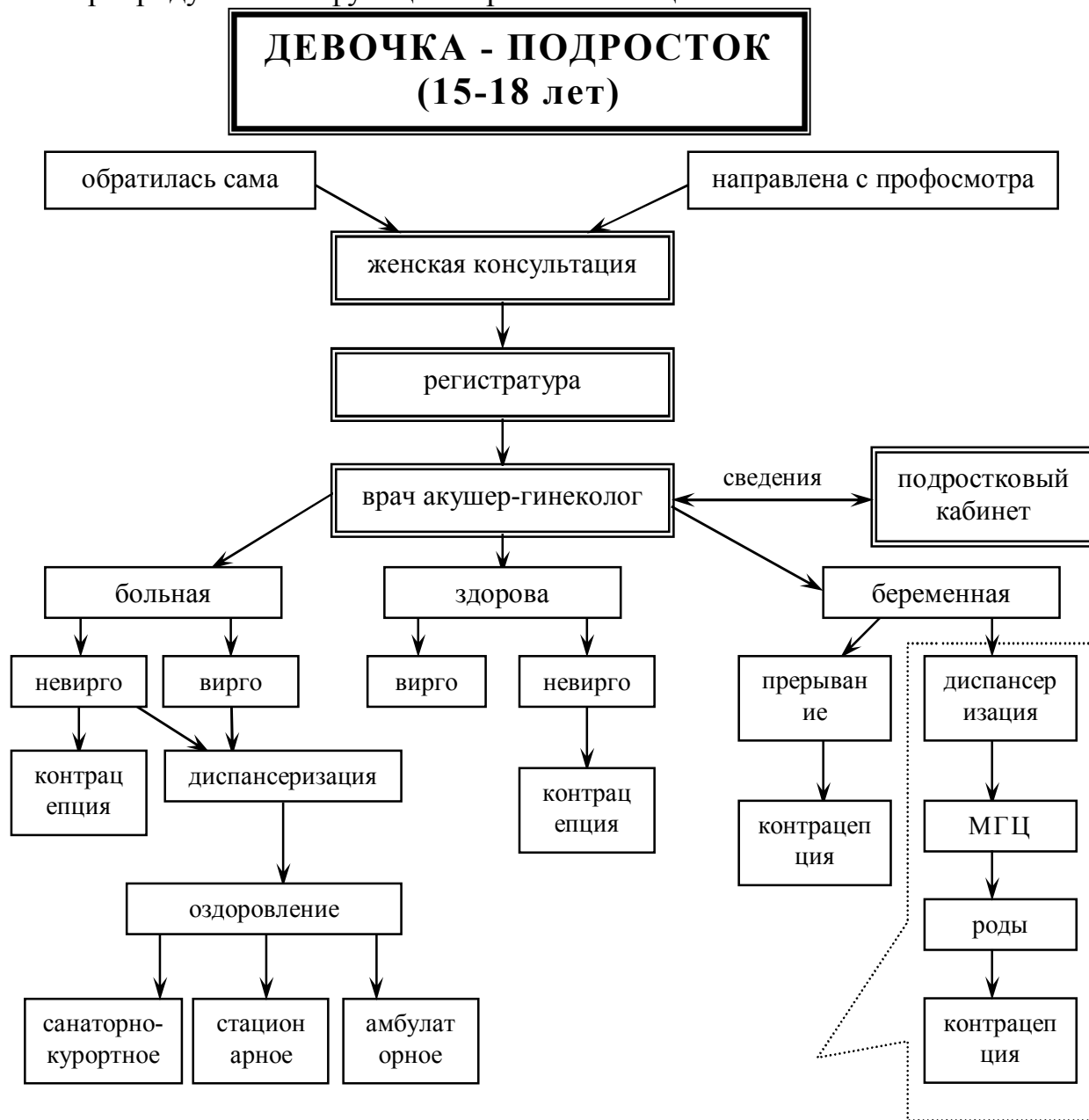


Рис.2.23. Алгоритм наблюдения за девочками-подростками в ЖК

В группу "риска" по развитию нарушений ЖРС необходимо выделить следующих пациенток:

1. с отклонениями массы тела;
2. с наличием гирсутизма;
3. с высоким индексом инфекционной патологии на фоне хронического тонзиллита;

4. с патологией щитовидной железы;
5. генетической предрасположенностью;
6. с пороками развития мочеполовых органов;
7. перенесших операции на органах малого таза;
8. имеющих нарушения менструальной функции;
9. больных с воспалительными процессами половой сферы.

Вышеуказанные контингенты подлежат активному наблюдению врачом акушером-гинекологом и при выявлении нарушений в ЖРС – диспансерному наблюдению. При необходимости пациенток группы "риска" наблюдают совместно с врачом-эндокринологом, отоларингологом, невропатологом и др. В ЖК из территориальной поликлиники должна передаваться полная информация о состоянии здоровья девушки для рационального ведения беременности и родов в будущем.

Последующие этапы по обследованию девочек-подростков в ЖК рекомендуется проводить по следующему алгоритму действий, представленному на рис. 2.23

2.3. Организация работы по формированию ЗОЖ.

Работа по формированию ЗОЖ среди населения, проживающего в зоне обслуживания ЖК, осуществляется индивидуально, как врачами, так и средним медицинским персоналом, и строится на соблюдении принципа территориального наблюдения женщин. На выполнение этой работы каждому врачу и среднему медицинскому работнику ежемесячно отводится 4 часа планового рабочего времени. При проведении данной работы широко используются наглядные, печатные и другие средства (брошюры, санитарные бюллетени, ящики вопросов и ответов, плакаты, выставки и др.).

Методы санитарного просвещения:

1. Индивидуальные и групповые беседы на приеме у врача (в основном с беременными).
2. Занятия в «Школе материнства» (с 15-16 недель беременности).
3. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам (32-34 недели беременности).
4. Для будущих отцов организуются занятия по программе «Школа отцов».
5. Совместные занятия беременных и их мужей.

Основная цель работы по формированию ЗОЖ беременных – повышение у них санитарной культуры и воспитание ответственного отношения не только к своему здоровью, но и к здоровью будущего ребенка, а также обучение правилам вскармливания и ухода за новорожденным.

При проведении врачебных лекций и бесед акушерок женщине разъясняется необходимость соблюдения гигиенических правил в различные сроки беременности, диеты, режима труда и отдыха, гигиены половой жизни, систематического медицинского наблюдения в ЖК. Женщину знакомят с основами законодательства по охране материнства и детства.

Подготовка к родам и материнству проводится не только индивидуально, но и путем групповых занятий по физиопсихопрофилактике.

В комплексе физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам входит гигиеническая гимнастика, которой рекомендуется заниматься ежедневно или через день с ранних сроков беременности под руководством специально обученного медицинского работника. Беременных после первичного обследования врач акушер-гинеколог амбулаторного приема направляют в кабинет физкультуры с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются из 8-10 человек с учетом сроков беременности. Занятия проводят в утренние, а для работающих беременных дополнительно в вечерние часы. Физические упражнения делят на 3 комплекса соответственно срокам: до 16 недель, от 17 до 32 недель и от 33 до 40 недель. Каждый комплекс упражнений предусматривает обучение определенным навыкам, необходимым для адаптации организма к соответствующему периоду беременности. Занятия гимнастикой целесообразно завершать ультрафиолетовым облучением, особенно в осенне-зимний сезон. Если беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений, после чего она продолжает гимнастику дома под контролем инструктора каждые 10-12 дней.

Беременные, страдающие акушерско-гинекологической патологией и ЭГП выполняют лечебную гимнастику дифференцированно, с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура при острых или часто обостряющихся и декомпенсированных соматических заболеваниях, привычных выкидышах в анамнезе и угрозе прерывания данной беременности.

При подготовке к родам беременных не только знакомят с процессом родов, но и обучают упражнениям по *аутотренингу* и точечному *самомассажу* как факторам, развивающим и укрепляющим волевые способности человека к самовнушению. Методика организации и проведения занятий по психофизической подготовке беременных к родам представлена в методических рекомендациях МЗ СССР "*Физическая и психическая подготовка беременных к родам*" (1990, приложение № 2). Беременных обучают правилам личной гигиены и готовят к будущему материнству в "Школах материнства", организуемых в женских консультациях с использованием демонстративных материалов, наглядных пособий, технических средств и предметов ухода за ребенком.

К посещению "Школы материнства" следует привлекать всех женщин с ранних сроков беременности. Беременным следует разъяснить важность посещения этих занятий. В консультации должна быть яркая информация о программе и времени проведения занятий.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью 15-20 человек, желательно с одинаковым сроком беременности. В группе могут быть беременные, находящиеся под наблюдением как одного врача, так и нескольких.

2.4. Амбулаторная АГП сельскому населению

Основными направлениями оказания амбулаторной АГП сельскому населению в Гродненской области являются:

1. Создание единой системы медицинской помощи населению путем максимального приближения врачебной помощи к жителям села,

совершенствование форм и методов профилактической работы, динамического наблюдения и медико-социальной помощи.

2. Амбулаторно-поликлиническая АГП в Гродненской области оказывается в ЖК ЦРБ и ФАПах.

3. Консультативную, в основном специализированную, помощь обеспечивает областное отделение «Брак и семья», функционирующее на базе ЖК № 5 ТМО № 1 г. Гродно, а также врачи ГОКРД и сотрудники кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ.

Профилактические гинекологические осмотры организуются следующим образом:

1. Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат женщины старше 15 лет, проживающие в зоне обслуживания, учащиеся средних школ или работающие в учреждениях, на промышленных, сельскохозяйственных предприятиях, расположенных в районе деятельности ЖК.

2. Периодичность профилактических гинекологических осмотров, объем обследования при их проведении, диспансеризация выявленной патологии не отличается от рассмотренной выше.

3. Для контроля порядка лечения и наблюдения диспансерных гинекологических больных у каждой акушерки должна быть специальная картотека. В «Контрольных картах динамического наблюдения» необходимо указывать дату осмотра, назначенного акушером-гинекологом, и дату его фактического проведения. Дубликаты этих карт должны находиться у районного акушера-гинеколога, который несет персональную ответственность за лечение и динамическое наблюдение больных.

4. Больные могут быть вызваны для осмотра врача в ЦРБ или быть осмотрены при выездах врачебных бригад на места.

Особенностью организации АГП женщинам сельской местности является этапность ее оказания, заключающаяся в различном объеме и уровне медицинского обследования и лечения, в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических ЛПО, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы. В ряде случаев эту помощь оказывает средний медперсонал.

Этапная система оказания АГП позволяет обеспечить женщин-работниц села квалифицированной врачебной помощью и максимально приблизить ее к населению.

На I этапе амбулаторную АГП жительницы села получают от акушерок ФАП и участковых больниц.

Амбулаторная работа акушерки на I этапе в основном должна иметь профилактический характер в целях предупреждения осложнений беременности и возникновения гинекологических заболеваний.

Практически здоровые молодые женщины с благоприятным общим и акушерским анамнезом и неосложненным течением настоящей беременности могут постоянно находиться под динамическим наблюдением акушерок, посещая акушера-гинеколога ЖК ЦРБ или выездной врачебной бригады примерно 6-8 раз за время беременности. Объем медицинского обследования на I этапе соответствует требованиям, предъявляемым к ФАП и участковым больницам.

На II этапе АГП оказывают ЖК ЦРБ. Акушерско-гинекологические ЛПО этого этапа представляют собой наиболее доступное звено в оказании квалифицированной и

специализированной врачебной помощи сельским жительницам на местах. На II этапе обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводится консультативное обследование другими специалистами и выполняется тот объем медицинских обследований, который не может быть выполнен на предыдущем этапе. После обследования составляют индивидуальный план наблюдения за беременными для медицинского персонала первого этапа; за беременными высокого «риска» устанавливают динамическое наблюдение, в необходимых случаях решают вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности.

Беременных с особо тяжелой ЭГП и акушерской патологией и гинекологических больных, нуждающихся в оказании специализированной помощи (бесплодие, привычное невынашивание, гинекологические заболевания у детей и подростков и др.), направляют в вышестоящие МПЦ 2 и 3 уровней.

При проведении динамического наблюдения за беременными на каждую женщину заполняют «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и обменную карту к ней.

Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов врачебную акушерско-гинекологическую помощь оказывают выездные бригады, в состав которых входит врач акушер-гинеколог. Это позволяет не отрывать значительную часть населения от работы, а фельдшеру (акушерке) хорошо подготовиться к приему.

Работой акушера-гинеколога в выездной бригаде руководит районный акушер-гинеколог. Выездные бригады функционируют круглогодично в соответствии с утвержденным графиком, который предусматривает дату каждого выезда, его длительность, место выезда, состав бригады, а также ответственность руководителей хозяйств за создание условий для работы, выделение транспорта, доставку женщин и детей к месту работы специалистов. График выезда бригады медицинских работников доводят до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих ФАПами. Фельдшер и акушерка должны иметь список женщин своего участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.

Врач акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады обязан:

1. Проводить профилактический осмотр женщин, их лабораторное обследование.
2. Обследовать беременных и гинекологических больных.
3. Обучать женщин методам и средствам контрацепции.
4. Оказывать при необходимости экстренную медицинскую помощь при акушерско-гинекологической патологии.
5. Проводить беседы или лекции для населения.

Свою деятельность врач акушер-гинеколог выездной бригады должен отражать в документации того учреждения, на базе которого он работает. При повторном выезде акушер-гинеколог проверяет выполнение акушеркой ФАП назначений и рекомендаций.

Справки о необходимости перевода на более легкую работу или о предоставлении отпуска в связи с беременностью и родами, листки нетрудоспособности в связи с патологией беременности выдают женщинам акушеры-гинекологи или акушерки, наблюдающие за ними.

В сельской местности необходимо уделять постоянное внимание четкому ведению медицинской документации на всех этапах. Наряду с другими утвержденными формами необходимо иметь специальные журналы для записи советов и распоряжений районного акушера-гинеколога, акушера-гинеколога выездной бригады, других специалистов, дающих рекомендации в области специальных знаний, но имеющих отношение к АГП.

Организационно-методическое руководство АГП сельскому населению административной территории осуществляет районный акушер-гинеколог. На эту должность главным врачом ТМО района назначается квалифицированный врач акушер-гинеколог, имеющий большой опыт лечебной и организационной работы, отвечающий за постановку лечебно-диагностического процесса и проведение профилактических мероприятий, осуществляющий преемственность в их работе и обеспечивающий выездную врачебную помощь на ФАП.

Районный акушер-гинеколог района систематически анализирует качественные показатели деятельности акушерско-гинекологических ЛПО.

Экстренную помощь в сельской местности выполняют выездные бригады акушеров-гинекологов совместно с анестезиологами-реаниматологами и другими специалистами. При этом используется санитарная авиация. На этих этапах оказывают консультативную и лечебную помощь в основном беременным высокого «риска» и гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, которые не могут быть проведены на предыдущих этапах.

ФАП – ЛПО, организуемая в составе СВУ вне населенных пунктов для оказания доврачебной медицинской помощи населению и проведения профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий на территории обслуживания.

На ФАП возлагаются следующие обязанности:

1. Оказание населению акушерской доврачебной медпомощи.
2. Своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача.
3. Организация и проведение патронажа детей и беременных женщин.
4. Проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение акушерско-гинекологической заболеваемости.
5. Работа по формированию ЗОЖ.
6. Мероприятия по снижению МлС и МС.

Патронажные посещения носят тематический характер. Основная их цель – повышение медицинской грамотности, практическое обучение матери и других членов семьи методам ухода, грудного вскармливания и воспитания детей. Проводимые на ФАПе предварительные профилактические медосмотры позволяют выделить группы женщин с подозрением на наличие патологии или группы беременных повышенного «риска» для первоочередного направления к врачу.

Акушерка ФАП контролирует своевременность явки к врачу контингентов, находящихся под динамическим наблюдением, и выявленных больных, осуществляет медицинское наблюдение за часто и длительно болеющими и проводит противорецидивное и другие виды курсового лечения по назначению врачей.

На ФАП в установленном порядке составляются и представляются в вышестоящие органы здравоохранения планы и отчеты о своей деятельности, ведется учетно-отчетная медицинская документация.

Общими критериями и показателями качества и эффективности акушерско-гинекологической деятельности ФАПа являются:

1. Состояние здоровья обслуживаемого женского населения.
2. Организация динамического наблюдения за женщинами ГРР, планирующими беременность, беременными и гинекологическими больными.
3. Санитарно-гигиеническое благополучие женского населения.
4. Состояние работы по формированию ЗОЖ.

Таким образом, в Гродненской области создана эффективно функционирующая система оказания амбулаторно-поликлинической АГП.

ГЛАВА 3. СТАНДАРТЫ ЭТАПНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящее время в Республике Беларусь отсутствуют стандарты обследования и лечения беременных и гинекологических больных, охватывающие все основные нозологические формы акушерско-гинекологической патологии. Существующие же стандарты не могут в полной мере удовлетворить практикующих врачей акушеров-гинекологов.

В связи с этим нами были разработаны и внедрены в практическую деятельность ЛПО здравоохранения акушерско-гинекологического профиля Гродненской области новые унифицированные стандарты этапного обследования и лечения беременных и гинекологических больных.

Каждый этап разработанных стандартов охватывает унифицированные диагностические и лечебные процедуры, необходимые, как для постановки диагноза и санации патологии в классических случаях, так и позволяющие проводить дифференциальную диагностику и определять тактику лечения в сложных для диагностики случаях.

Авторами в предлагаемых стандартах исключена детализация рутинных методик и пособий, используемых в акушерско-гинекологической практике. Кроме того, с учетом постоянного расширяющегося спектра применяемых фармакологических средств, авторы в предлагаемых стандартах сознательно избрали вариант, в котором представлены только группы препаратов, используемые в лечении той или иной патологии. В связи с этим, в следующей главе будут рассмотрены некоторые аспекты и предложены рекомендации по использованию ряда наиболее часто используемых фармакологических средств в практической деятельности ЛПО акушерско-гинекологического профиля Гродненской области.

Рубрика Б	Рубрика В
Минимальный объем предоперационной подготовки	Минимальный объем послеоперационных мероприятий
<ol style="list-style-type: none"> 1. Общее физикальное обследование 2. Осмотр на паразитарные зоонозы 3. Гигиенический душ 4. Очистительная клизма 5. Удаление волос с лобка 6. Коагулограмма 7. Осмотр анестезиолога 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечебное питание 2. Лечебная гимнастика 3. Антибактериальная терапия 4. Антигистаминная терапия 5. Наркотические анальгетики 6. Ненаркотические анальгетики 7. Постельный режим 8. Антибактериальные препараты 9. Антигистаминные препараты 10. Бинтование нижних конечностей эластичными бинтами 11. Антикоагулянты прямого действия 12. Антикоагулянты непрямого действия 13. Дезагреганты 14. Вливание солевых растворов

15. Стимуляция моторики кишечника 16. Физические факторы лечения

Рубрика А	Рубрика АА	Дополнительные виды обследования
Минимальный объем	Максимальный объем	Дополняют минимальный и максимальный объемы на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах
1	2	3
<p>1. Анамнез: социальный, соматический, аллергологический, акушерско-гинекологический</p> <p>2. Обследование на паразитарные зоонозы (педикулез, чесотка)</p> <p>3. Флюорография</p> <p>4. Обследование молочных желез</p> <p>5. Обследование в зеркалах</p> <p>6. Бимануальное гинекологическое или акушерское обследование</p> <p>7. Ректальное пальцевое обследование</p> <p>8. Мазки на флору из уретры, цервикального канала, прямой кишки</p> <p>9. Мазок на онкоцитологию</p> <p>10. Обучение самообследованию молочных желез</p> <p>11. Анализ мочи общий</p> <p>12. Анализ крови общий (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты)</p> <p>13. RW</p>	<p>1. Рубрика А</p> <p>2. Кольпоскопия простая</p> <p>3. Развернутый анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная формула, тромбоциты, начало и конец свертывания, СОЭ)</p> <p>4. Группа крови и резус-фактор</p> <p>5. Биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, билирубин, креатинин, общий белок, ионограмма, АЛТ, АСТ)</p> <p>6. УЗИ органов малого таза</p>	<p>1. Кардиотокография</p> <p>2. Измерение АД</p> <p>3. Мазок-отпечаток на АК</p> <p>4. Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p>5. Протромбин</p> <p>6. Гликемический профиль</p> <p>7. Глюкозурический профиль</p> <p>8. Расширенная кольпоскопия</p> <p>9. Ножевая биопсия</p> <p>10. Вакуум-аспирация содержимого полости матки</p> <p>11. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p> <p>12. Дотестовое консультирование</p> <p>13. ВИЧ</p> <p>14. Посттестовое консультирование</p> <p>15. Бакпосев менструальной крови</p> <p>16. Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору</p> <p>17. Бакпосев</p> <p>18. Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)</p> <p>19. Обследование на TORCH-инфекции</p> <p>20. ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса)</p> <p>21. Определение титра антирезусных антител</p> <p>22. Анализ мочи по Нечипоренко</p> <p>23. Анализ мочи по Зимницкому</p> <p>24. Проба Реберга</p> <p>25. Диурез</p> <p>26. Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела</p> <p>27. Анализ мочи на наличие беременности</p> <p>28. Исследование иммунологической</p>

		<p>реактивности</p> <p>29. Гирсутное число</p> <p>30. Индекс Брея</p> <p>31. Тесты функциональной диагностики</p> <p>32. Гормональные пробы</p> <p>33. Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хорионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S)</p> <p>34. Влагалищное УЗИ</p> <p>35. УЗИ почек</p> <p>36. УЗИ печени</p> <p>37. УЗИ щитовидной железы</p> <p>38. УЗИ надпочечников</p> <p>39. УЗИ молочных желез</p> <p>40. Пункция заднего свода влагалища</p> <p>41. Фиброгастроскопия</p> <p>42. ЭКГ</p> <p>43. Компьютерная томография</p> <p>44. Магниторезонансная томография</p> <p>45. Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла, метросальпингография)</p> <p>46. Исследование глазного дна</p> <p>47. Осмотр онколога</p> <p>48. Осмотр терапевта</p> <p>49. Осмотр кардиолога</p> <p>50. Осмотр гепатолога</p> <p>51. Осмотр эндокринолога</p> <p>52. Осмотр инфекциониста</p> <p>53. Осмотр уролога</p> <p>54. Осмотр хирурга</p> <p>55. Осмотр ЛОР</p> <p>56. Осмотр окулиста</p> <p>57. Осмотр фтизиатра</p> <p>58. Осмотр дерматовенеролога</p> <p>59. Осмотр генетика</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Шифр по МКБ-10 Нозология	Стандарт обследования на амбулаторно-поликлиническом этапе	Стандарт лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе	Диспансеризация	Стандарт обследования и лечения на стационарном этапе
1	2	3	4	5
A 18 Туберкулез других органов A 18.1 Туберкулез мочеполовых органов	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев менструальной крови Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Исследование иммунологической реактивности Осмотр терапевта Осмотр фтизиатра	Назначается фтизиатром	Проводится фтизиатром	Назначается фтизиатром
A 51 Ранний сифилис A 51.0 Первичный сифилис половых органов	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Осмотр дерматовенеролога	Назначается дерматовенерологом	Проводится дерматовенерологом	Назначается дерматовенерологом
A 54 Гонококковая инфекция A 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез A 54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных или придаточных желез A 54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная Гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Осмотр дерматовенеролога	Назначается дерматовенерологом	Проводится дерматовенерологом	Назначается дерматовенерологом

1	2	3	4	5
<p>A 56 Другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем <i>Включены: болезни передающиеся половым путем, вызванные Chlamydia trachomatis</i></p> <p>A 56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта</p> <p>A 56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>Антибактериальная терапия Иммуностимуляторы Эубиотики</p>	<p>Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование</p>	<p>Не проводится</p>
<p>A 59 Трихомоноз A 59.0 Урогенитальный трихомоноз</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)</p>	<p>Производные нитроимидазола</p>	<p>Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование</p>	<p>Проводится параллельно с основным заболеванием</p>
<p>A 60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [herpes simplex] A 60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>Противовирусные средства Иммуномодуляторы Иммуностимулирующие средства</p>	<p>Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование</p>	<p>Проводится параллельно с основным заболеванием</p>

1	2	3	4	5
<p>A 63 Другие болезни, передающиеся половым путем, не классифицированные в других рубриках A 63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки</p> <p>A 64 Болезни, передающиеся половым путем, неуточненные</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная Гonoпровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)</p>	<p>Антисептические и дезинфицирующие средства (группа галоидов, окислители, кислоты, альдегиды и спирты, фенолы, детергенты) Антибактериальные средства</p>	<p>Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование</p>	<p>Не проводится</p>
<p>B 37 Кандидоз B 37.3 Кандидоз вульвы и вагины (N 77.1)</p>	<p>Рубрика А Дополнительные виды обследования: Исследование иммунологической реактивности При хронических кандидозах: Дотестовое Консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование</p>	<p>Антимикотические средства Иммуномодулирующие средства Имуностимулирующие средства</p>	<p>Рубрика А при клиническом выздоровлении по окончании курса терапии</p>	<p>Не проводится</p>
<p>C 50 Злокачественное новообразование молочной железы Включено: <i>соединительной ткани молочной железы</i> C 50.0 Соска и ареолы C 50.1 Центральной части молочной железы C 50.2 Верхневнутреннего квадранта молочной железы C 50.3 Нижневнутреннего квадранта молочной железы C 50.4 Верхненаружного квадранта молочной железы C 50.5 Нижненаружного квадранта молочной железы C 50.6 Подмышечной задней части молочной железы C 50.8 Поражение молочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций C 50.9 Молочной железы неуточненной части</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток УЗИ молочных желез УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Назначается онкологом</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Назначается онкологом</p>

1	2	3	4	5
<p>Включены: <i>кожи женских половых органов</i></p> <p>С 51 Злокачественное новообразование вульвы С 51.0 Большой срамной губы С 51.1 Малой срамной губы С 51.2 Клитора С 51.8 Поражение вульвы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций С 51.9 Вульвы неуточненной части</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из вульвы, шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из вульвы, шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>
<p>С 52 Злокачественное новообразование влагалища</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>

1	2	3	4	5
<p>С 53 Злокачественное новообразование шейки матки С 53.0 Внутренней части С 53.1 Наружной части С 53.8</p> <p>Поражение шейки матки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций С 53.9 Шейки матки неуточненной части</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗИ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>
<p>С 54 Злокачественное новообразование тела матки С 54.0 Перешейка матки С 54.1 Эндометрия С 54.2 Миометрия С 54.3 Дна матки С 54.8</p> <p>Поражение тела матки, входящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций С 54.9 Тела матки неуточненной Локализации</p>				

1	2	3	4	5
<p>С 55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>
<p>С 56 Злокачественное новообразование яичника</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Кульдоцентез Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени Колоноскопия ЭКГ Фиброгастроскопия Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно - 10 лет после комбинированного лечения Дополнительные виды обследования: Мазки на Ак из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>

1	2	3	4	5
<p>С 57 Злокачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов С 57.0 Фаллопиевой трубы С 57.1 Широкой связки С 57.2 Круглой связки С 57.3 Параметрия</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Кульдоцентез Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Фиброгастроскопия Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>
<p>С 57.4 Придатков матки неуточненных С 57.7 Других уточненных женских половых органов С 57.8 Поражение женских половых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций С 57.9 Женских половых органов неуточненной локализации</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Кульдоцентез Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Фиброгастроскопия Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>

1	2	3	4	5
C 58 Злокачественное новообразование плаценты	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК УЗИ молочных желез УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога	Назначается онкологом	1 раз в 6 месяцев ежегодно Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога	Назначается онкологом
D 06 Карцинома in situ шейки матки Включена: <i>цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) III степени с упоминанием или без упоминания о выраженной дисплазии</i> D 06.0 Внутренней части D 06.1 Наружной части D 06.7 Других частей шейки матки D 06.9 Шейки матки неуточненной части	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение	Проводится онкологом	Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога	Назначается онкологом
D 07 Карцинома in situ других и неуточненных половых органов D 07.0 Эндометрия D 07.1 Вульвы D 07.2 Влагалища D 07.3 Других и неуточненных женских половых органов	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение	Проводится онкологом	Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 5 лет после комбинированного лечения 1 раз в год ежегодно Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога	Назначается онкологом
1	2	3	4	5
D 24	Рубрика АА	Проводится онкологом	Проводится онкологом	Проводится онкологом

<p>Доброкачественное новообразование молочной железы</p>	<p>Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>			
<p>D 25 Лейомиома матки Включены: <i>доброкачественные новообразования матки с морфологическим кодом M889 и кодом характера новообразования /0 фибромиома матки</i></p> <p>D 25.0 Подслизистая лейомиома матки</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>	<p>Консервативное лечение до операции: миомэктомии: <i>Гестагены</i> <i>Антагонисты гонадотропных рилизинг-гормонов</i> <i>Антигормоны</i> После консервативной миомэктомии: <i>Гестагены</i> <i>Антагонисты гонадотропных рилизинг-гормонов</i> <i>Антигормоны</i></p> <p>После надвлагалищной ампутации или экстирпации матки с придатками: <i>Заместительная гормональная терапия</i></p>	<p><i>До операции:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно</p> <p>Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки <i>После операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки без придатков:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно</p> <p>Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища <i>После операций надвлагалищной ампутации матки:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно <i>После экстирпации матки с придатками:</i> на протяжении 2-х лет</p> <p>Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из заднего свода влагалища</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Гистероскопия Гистеро-сальпингография Биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p> <p>Рубрика Б Консервативная гистеромиомэктомия Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная ампутация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Экстирпация матки с придатками</p> <p>Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический.</p> <p>Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
D 25.1 Интрамуральная	Рубрика АА Дополнительные	Консервативное лечение до	<i>До операции:</i> 1 раз в 6 месяцев	Рубрика АА Дополнительные

<p>лейомиома матки D 25.2 Субсерозная лейомиома матки D 25.9 Лейомиома матки неуточненная</p>	<p>виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗИ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>	<p>операции: миомэктомии: <i>Гестагены</i> <i>Антагонисты гонадотропных рилизинг-гормонов</i> <i>Антигормоны</i> После консервативной миомэктомии: <i>Гестагены</i> <i>Антагонисты гонадотропных рилизинг-гормонов</i> <i>Антигормоны</i> После надвлагалищной ампутации или экстирпации матки с придатками: <i>Заместительная гормональная терапия</i></p>	<p>ежегодно Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки <i>После операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки без придатков:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища <i>После операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки с придатками:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно на протяжении 3-х лет? Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из заднего свода влагалища</p>	<p>виды обследования: Гистероскопия Гистеро-сальпингография Биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Рубрика Б Консервативная гистеромиомэктомия Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная ампутация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Экстирпация матки с придатками Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический. Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
D 26	Рубрика АА	После надвлагалищной	До операции:	Рубрика АА

<p>Другие доброкачественные новообразования матки D 26.0 Шейки матки</p>	<p>Дополнительные виды обследования: Мазки АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗИ исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>	<p>ампутации или экстирпации матки с придатками: <i>Заместительная гормональная терапия</i></p>	<p>1 раз в 6 месяцев ежегодно Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки <i>После операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки без придатков:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища <i>После операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки с придатками:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно на протяжении 3-х лет Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из заднего свода влагалища</p>	<p>Дополнительные виды обследования: Гистероскопия Гистеро-сальпингография Биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Рубрика Б Консервативная гистеромиоэктомия Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная ампутация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Экстирпация матки с придатками Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический. Рубрика В</p>
<p>D 26.1 Тела матки D 26.7 Других частей матки D 26.9 Матки неуточненной части</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон) Влагалищное УЗИ исследование УЗИ почек УЗИ печени Фиброгастроскопия ЭКГ Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр терапевта</p>	<p>После надвлагалищной ампутации или экстирпации матки с придатками: <i>Заместительная гормональная терапия</i></p>	<p><i>После надвлагалищной ампутации:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно <i>После экстирпации матки с придатками:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно в течение 2-х лет Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки <i>После операций, надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки без придатков:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Гистероскопия Гистеро-сальпингография Биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Рубрика Б Консервативная гистеромиоэктомия Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная ампутация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Экстирпация матки с придатками Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>

	Направление на стационарное лечение		<p>влагалища</p> <p><i>После операций двусторонней овариоэктомии или аднексэктомии, надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки с придатками:</i></p> <p>1 раз в 6 месяцев ежегодно на протяжении 3-х лет</p> <p>Рубрика А</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из заднего свода влагалища</p>	
D 27 Доброкачественное новообразование яичника	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из вульвы, шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p>Влагалищное УЗИ исследование</p> <p>УЗИ почек</p> <p>УЗИ печени</p> <p>Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон)</p> <p>Компьютерная томография</p> <p>Магниторезонансная томография</p> <p>ЭКГ</p> <p>Фиброгастроскопия</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>После двусторонней оварио(аднекс)эктомии, надвлагалищной ампутации или экстирпации матки с придатками:</p> <p><i>Заместительная гормональная терапия</i></p>	<p>Рубрика А</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p>Вакуум-аспирация содержимого полости матки</p> <p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p> <p><i>После операции оварио – (аднекс-)эктомии односторонней:</i></p> <p>1 раз в 6 месяцев ежегодно в течение 2-х лет</p> <p><i>После операции оварио – (аднекс-)эктомии двусторонней:</i></p> <p>1 раз в 6 месяцев ежегодно на протяжении 2-х лет</p> <p><i>После операций надвлагалищной ампутации матк:</i></p> <p>1 раз в 6 месяцев ежегодно на протяжении 2-х лет</p> <p><i>После экстирпации матки без придатков:</i></p> <p>1 раз в 6 месяцев ежегодно</p> <p>Рубрика А</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p><i>После операций надвлагалищной ампутации матки:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно</p> <p><i>После экстирпации матки с придатками:</i></p> <p>1 раз в 6 месяцев ежегодно на протяжении 2-х лет</p> <p>Рубрика А</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из заднего свода влагалища</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Гистероскопия</p> <p>Гистеро-сальпингография</p> <p>Биопсия</p> <p>Вакуум-аспирация содержимого полости матки</p> <p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p> <p>Рубрика Б</p> <p>Овариоэктомия (аднексэктомия) односторонняя</p> <p>Овариоэктомия (аднексэктомия) двусторонняя</p> <p>Надвлагалищная ампутация матки без придатков</p> <p>Надвлагалищная ампутация матки с придатками</p> <p>Экстирпация матки без придатков</p> <p>Экстирпация матки с придатками</p> <p>Оперативный доступ:</p> <p>лапаротомный или лапароскопический.</p> <p>Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
D 28 Доброкачественное	Рубрика АА Дополнительные	Виды операций, выполняемых	Рубрика А Дополнительные виды	Рубрика АА Дополнительные

<p>новообразование других и неуточненных женских половых органов <i>Включены: аденоматозный полип кожи женских половых органов</i></p> <p>D 28.0 Вульвы</p>	<p>виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Ножевая биопсия Влагалищное УЗИ исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>	<p>амбулаторно: Лазервапоризация образования вульвы Криодеструкция образования вульвы</p>	<p>обследования: Мазки на АК из вульвы, шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища <i>После операции:</i> 1 раз в 3 месяцев на протяжении 2-х лет</p>	<p>виды обследования: Биопсия Рубрика Б Вульвэктомия Лазервапоризация образования вульвы Криодеструкция образования вульвы Рубрика В</p>
<p>D 28.1 Влагалища</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Ножевая биопсия Влагалищное УЗИ исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>	<p>Виды операций, выполняемых амбулаторно: Лазервапоризация образования влагалища Криодеструкция образования влагалища</p>	<p><i>До операции :</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Биопсия Рубрика Б Лазервапоризация образования влагалища Криодеструкция образования влагалища Рубрика В</p>
<p>1</p> <p>D 28.2 Маточных труб и связок D 28.7</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки</p>	<p>3</p> <p>После двусторонней аднексэктомии, надвлагалищной ампутации или</p>	<p>4</p> <p>Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки</p>	<p>5</p> <p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Гистероскопия</p>

<p>Других уточненных женских половых органов D 28.9 Женских половых органов неуточненной локализации</p>	<p>матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Ножевая биопсия Влагалищное УЗИ исследование УЗИ почек УЗИ печени Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон) Компьютерная томография Магниторезонансная томография ЭКГ Фиброгастроскопия Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>	<p>экстирпации матки с придатками: <i>Заместительная гормональная терапия</i></p>	<p>матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки <i>После операции аднексэктомии односторонней:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно в течение 2-х лет <i>После операции аднексэктомии двусторонней:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно в течение 2-х лет на протяжении 3-х лет <i>После операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки без придатков:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно в течение 2-х лет Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища <i>После операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки с придатками:</i> 1 раз в 6 месяцев ежегодно на протяжении 3-х лет Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из заднего свода влагалища</p>	<p>Гистеро-сальпингография Биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Рубрика Б Аднексэктомия односторонняя Аднексэктомия двусторонняя Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная ампутация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Экстирпация матки с придатками Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>Е 22 Гиперфункция гипофиза</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования:</p>	<p>Дофаминомиметические</p>	<p>Проводится гинекологом-эндокринологом</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования:</p>

Е 22.1 Гиперпролактинемия	Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, кортизол, 17-КС, ДЭА-С) УЗИ молочных желез УЗИ щитовидной железы Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (черепа, турецкого седла) Исследование глазного дна Осмотр эндокринолога Осмотр терапевта Осмотр окулиста Направление на стационарное лечение	средства	отделения «Брак и семья» Рубрика А	Гистероскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Рубрика Б Удаление опухоли гипофиза Рубрика В
Е 23 Гипофункция и другие нарушения гипофиза Е 23.0 Гипопитуитаризм	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Гирсутное число Индекс Брея Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, кортизол, 17-КС, ДЭА-С) УЗИ молочных желез УЗИ щитовидной железы Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (черепа, турецкого седла) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога	Заместительная гормональная терапия в циклическом режиме Стимуляторы овуляции Направление на экстракорпоральное оплодотворение	Проводится гинекологом-эндокринологом отделения «Брак и семья» Рубрика А	Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Рубрика В
1	2	3	4	5
Е 23.1 Медикаментозный гипопитуитаризм	Рубрика АА Дополнительные виды обследования:	Отмена гормонального контрацептива Заместительная	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия

	<p>Гирсутное число Индекс Брея Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, пролактин) УЗИ молочных желез Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (черепа, турецкого седла) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога</p>	<p>гормональная терапия Стимуляторы овуляции</p>	<p>отделения «Брак и семья» Рубрика А</p>	<p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Рубрика В</p>
<p>Е 23.3 Дисфункция гипоталамуса, не классифицированная в других рубриках</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ молочных желез УЗИ щитовидной железы Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (черепа, турецкого седла) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога</p>	<p>Лечебное питание Негормональная терапия (хлоракон, дифенин, верошпирон) Седативная терапия Витаминотерапия Гормональное лечение (прогестерон), Дофаминомиметические средства Стимуляторы овуляции Направление на экстракорпоральное оплодотворение</p>	<p>Проводится гинекологом-эндокринологом отделения «Брак и семья» Рубрика А</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>Е 25 Адреногенитальные расстройства</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования:</p>	<p>Антиандрогены Верошпирон Стимуляторы овуляции</p>	<p>Проводится гинекологом-эндокринологом</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия</p>

<p>Включены: адреногенитальные синдромы, вирилизация или фенимизация, приобретенные или обусловленные гиперплазией надпочечников, которая является следствием врожденных дефектов в синтезе гормонов Женский(ая): адреналовый ложный гермафродитизм гетеросексуальная преждевременная ложная половая зрелость</p> <p>Е 25.0 Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов Е 25.8 Другие адреногенитальные нарушения Е 25.9 Адреногенитальное нарушение неуточненное</p>	<p>Гирсутное число Индекс Брея Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, 17-КС) УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Глюкокортикоиды Метаболическая терапия</p>	<p>отделения «Брак и семья» Рубрика А</p>	<p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Рубрика В</p>
<p>Е 28 Дисфункция яичников Е 28.0 Избыток эстрогенов Е 28.1 Избыток андрогенов Е 28.2 Синдром поликистоза яичников Е 28.3 Первичная яичниковая недостаточность Е 28.8 Другие виды дисфункции яичников Е 28.9 Дисфункция яичников неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Гирсутное число Индекс Брея Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, 17-КС) УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Гормональная терапия (антагонисты релизинг-гормонов, прогестерон, прогестины, дексаметазон, антиандрогены) Стимуляторы овуляции Дофаминомиметические средства</p>	<p>Проводится гинекологом-эндокринологом отделения «Брак и семья» Рубрика А</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Резекция яичников Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>Е 30 Нарушения полового</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования:</p>	<p>Лечебное питание Гормональная терапия (эстрогены, прогестерон,</p>	<p>Проводится гинекологом-эндокринологом</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия</p>

<p>созревания, не классифицированные в других рубриках Е 30.0 Задержка полового созревания</p>	<p>Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, ТТГ, кортизол, 17-КС) УЗИ щитовидной железы УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>прогестины, дексаметазон, антиандрогены) Стимуляторы овуляции Дофаминомиметические средства</p>	<p>отделения «Брак и семья» Рубрика А</p>	<p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Рубрика В</p>
<p>Е 30.1 Преждевременное половое созревание Е 30.8 Другие нарушения полового созревания Е 30.9 Нарушение полового созревания неуточненное</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, ТТГ, кортизол, 17-КС) УЗИ щитовидной железы УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Нейротропные препараты Мочегонные средства Препараты, улучшающие микроциркуляцию мозга Гормональная терапия (гестагены, глюкокортикоиды)</p>	<p>Проводится гинекологом-эндокринологом отделения «Брак и семья» Рубрика А</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Диагностическая лапароскопия Удаление клитора Расщепление урогенитального синуса Удаление опухоли надпочечника Удаление опухоли яичника (резекция яичника, днэксэктомия) Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>Н 60 Доброкачественная дисплазия молочной железы <i>Включена:</i> <i>фибрознокистозная мастопатия</i> Н 60.0 Солитарная киста молочной железы</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Мазок-отпечаток на АК Биопсия УЗИ молочных желез ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Проводится онкологом 1 раз в 6 месяцев</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Секторальная резекция молочной железы Рубрика В</p>
<p>1 Н 60.1 Диффузная кистозная мастопатия</p>	<p>2 Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки</p>	<p>3 Диетотерапия Микроподтерапия Противовоспалительная терапия</p>	<p>4 Проводится врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний</p>	<p>5 Не проводится</p>

	<p>матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Мазок-отпечаток на АК Биопсия УЗИ молочных желез ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Осмотр эндокринолога Исследование функции щитовидной железы</p>	<p>Витаминотерапия Гормонотерапия Седативная терапия Лечение сопутствующей патологии</p>	<p>женской репродуктивной системы 1 раз в 6 месяцев до клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p>	
<p>N 60.2 Фиброаденоз молочной железы</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Мазок-отпечаток на АК Биопсия УЗИ молочных желез ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Проводится онкологом 1 раз в 6 месяцев</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Секторальная резекция молочной железы Рубрика В</p>
<p>N 60.3 Фибросклероз молочной железы N 60.4 Эктазия протоков молочной железы N 60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной железы N 60.9 Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК Биопсия УЗИ молочных желез ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога</p>	<p>Диетотерапия Микройодтерапия Противовоспалительная терапия Витаминотерапия Гормонотерапия Седативная терапия Лечение сопутствующей патологии</p>	<p>Проводится врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы 1 раз в 6 месяцев до клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК</p>	<p>Не проводится</p>
<p>N 61 Воспалительные болезни молочной железы</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК УЗИ молочных желез Осмотр хирурга</p>	<p>Диетотерапия Микройодтерапия Противовоспалительная терапия Витаминотерапия Седативная терапия</p>	<p>1 раз в 6 месяцев до клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК</p>	<p>Не проводится</p>
<p>N 62 Гипертрофия молочной железы</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК УЗИ молочных желез ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога</p>	<p>Диетотерапия Микройодтерапия Витаминотерапия Седативная терапия</p>	<p>1 раз в 6 месяцев Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК</p>	<p>Не проводится</p>
1	2	3	4	5
<p>N 63 Образование в молочной железе неуточненное</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Проводится онкологом 1 раз в 6 месяцев Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Секторальная резекция молочной железы Рубрика В</p>

	<p>влагалища Мазок-отпечаток на АК Биопсия УЗИ молочных желез ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>		<p>Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p>	
<p>N 64 Другие болезни молочной железы N 64.0 Трещина и свищ соска N 64.1 Жировой некроз молочной железы N 64.2 Атрофия молочной железы N 64.3 Галакторея, не связанная с деторождением N 64.4 Мастодиния N 64.5 Другие признаки и симптомы со стороны молочной железы N 64.8 Другие уточненные болезни молочной железы N 64.9 Болезнь молочной железы неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК Биопсия УЗИ молочных желез ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр хирурга Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Диетотерапия Микройодтерапия Дофамино-миметические препараты Противовоспалительная терапия Витаминотерапия Гормонотерапия Седативная терапия Лечение сопутствующей патологии</p>	<p>До клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток на АК</p>	<p>Рубрика Б Виды операций: Секторальная резекция молочной железы Рубрика В</p>
<p>N 70 Сальпингит и оофорит Включены: <i>абсцесс:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • маточной трубы • яичника • тубоовариальный пиосальпингс <p><i>сальпингоофорит тубоовариальная воспалительная болезнь</i> При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97)</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности Детестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Расширенная кольпоскопия Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Экстирпация матки с придатками Аднексэктомия Задняя кольпотомия с дренированием брюшной полости Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>N 70.0 Острый сальпингит и оофорит</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p>	<p>Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты</p>	<p>До клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p>

	Расширенная кольпоскопия Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Направление на стационарное лечение	Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия	канала и заднего свода влагалища Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия Рубрика Б Диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости Рубрика В
N 70.1 Хронический сальпингит и оофорит N 70.9 Сальпингит и оофорит неуточненные	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Расширенная кольпоскопия Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Направление на стационарное лечение при развитии гидросальпингса	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия	1 раз в 3 месяца до стойкой ремиссии в течение 1 года Рубрика А Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия Рубрика Б Тубэктомия Аднексэктомия Надвлагалищная ампутация матки с придатками Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
1	2	3	4	5
N 71 Воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки Включены: • <i>эндо(мио)-метрит</i> • <i>метрит</i>	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы	До клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз.	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы

<ul style="list-style-type: none"> • миометрит • пиометра • абсцесс матки <p>При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97) N 71.0 Острая воспалительная болезнь матки</p>	<p>Расширенная кольпоскопия Направление на стационарное лечение</p>	<p>простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия</p>	<p>уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Рубрика Б Экстирпация матки с придатками с дренированием брюшной полости Экстирпация матки без придатков с дренированием брюшной полости Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В</p>
<p>N 71.1 Хроническая воспалительная болезнь матки N 71.9 Воспалительная болезнь матки неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Расширенная кольпоскопия Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия</p>	<p>1 раз в 3 месяца до стойкой ремиссии в течение 1 года Рубрика А Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>Рубрика АА Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия Рубрика Б Виды операций: Тубэктомия Аднексэктомия Надвлагалищная ампутация матки с придатками Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>N 72 Воспалительная болезнь шейки матки При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97)</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Расширенная кольпоскопия Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Направление на стационарное лечение</p>	<p>Местная антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия</p>	<p>1 раз в 3 месяца до стойкой ремиссии в течение 1 года Рубрика А Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>Не проводится</p>
<p>N 73 Другие воспалительные болезни женских тазовых органов При необходимости идентифицирова</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование</p>	<p>Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы</p>	<p>До клинического выздоровления Рубрика А Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз.</p>	<p>Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы</p>
1	2	3	4	5

<p>ть инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97)</p> <p>N 73.0 Острый параметрит и тазовый целлюлит</p> <p>N 73.1 Хронический параметрит и тазовый целлюлит</p> <p>N 73.2 Параметрит и тазовый целлюлит неуточненные</p> <p>N 73.3 Острый тазовый перитонит у женщин</p> <p>N 73.4 Хронический тазовый перитонит у женщин</p> <p>N 73.5 Тазовый перитонит у женщин неуточненный</p> <p>N 73.6 Тазовые перитонеальные спайки у женщин</p> <p>N 73.8 Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов</p> <p>N 73.9 Воспалительные болезни женских тазовых органов неуточненные</p>	<p>Расширенная кольпоскопия</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>простагландинов</p> <p>Витаминотерапия</p> <p>Физиотерапия</p> <p>Фитотерапия</p>	<p>уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)</p> <p>Исследование иммунологической реактивности</p>	<p>простагландинов</p> <p>Витаминотерапия</p> <p>Физиотерапия</p> <p>Осмотр хирурга</p> <p>Рубрика Б</p> <p>Экстирпация матки с придатками с дренированием брюшной полости</p> <p>Экстирпация матки без придатков с дренированием брюшной полости</p> <p>Задняя кольпотомия с дренированием брюшной полости</p> <p>Оперативный доступ:</p> <p>лапаротомный</p> <p>Рубрика В</p>
<p>N 74</p> <p>Воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках</p> <p>N 74.0 Туберкулезная инфекция шейки матки (A 18.1)</p> <p>N 74.1 Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулезной этиологии (A 18.1)</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Бакпосев менструальной крови</p> <p>Дотестовое консультирование</p> <p>ВИЧ</p> <p>Послетестовое консультирование</p> <p>Расширенная кольпоскопия</p> <p>Исследование иммунологической реактивности</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Осмотр фтизиатра</p>	<p>Назначается фтизиатром</p>	<p>Проводится фтизиатром</p>	<p>Назначается фтизиатром</p>
1	2	3	4	5
<p>N 74.2 Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные сифилисом (A 51.4, A 52.7)</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Дотестовое консультирование</p> <p>ВИЧ</p> <p>Послетестовое консультирование</p> <p>Обследование</p>	<p>Назначается дерматовенерологом</p>	<p>Проводится дерматовенерологом</p>	<p>Назначается дерматовенерологом</p>

	на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Осмотр дерматовенеролога			
N 74.3 Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов (A 54.2)	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Осмотр дерматовенеролога	Назначается дерматовенерологом	Проводится дерматовенерологом	Назначается дерматовенерологом
N 74.4 Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями (A 56.1)	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес)	Антибактериальная терапия Иммуностимуляторы Эубиотики	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование	Не проводится
N 74.8 Воспалительные болезни женских тазовых органов при других болезнях, классифицированных в других рубриках	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес)	Антисептические и дезинфицирующие средства (группа галонидов, окислители, кислоты, альдегиды и спирты, фенолы, детергенты) Антибактериальные средства	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование	Не проводится
1	2	3	4	5
N 75 Болезни бартолининовой железы N 75.0 Киста бартолиновой железы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое	Не проводится	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Рубрика АА Рубрика Б Удаление кисты большой железы преддверия влагалища Рубрика В

	консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Направление на стационарное лечение			
N 75.1 Абсцесс бартолиновой железы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес)	Не проводится	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Рубрика АА Антибактериальная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Рубрика Б Вскрытие, опорожнение и дренирование абсцесса бартолиновой железы Рубрика В
N 75.8 Другие болезни бартолиновой железы N 75.9 Болезнь бартолиновой железы неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Направление на стационарное лечение	В зависимости от выявленной патологии	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Не проводится
N 76 Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97) N 76.0 Острый вагинит	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес)	Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование	Не проводится
1	2	3	4	5
N 76.1 Подострый и хронический вагинит	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое	Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Не проводится

	консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)	Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия		
N 76.2 Острый вульвит	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)	Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев При снятии с учета дополнительно: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование	Не проводится
N 76.3 Подострый и хронический вульвит	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)	Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Не проводится
N 76.4 Абсцесс вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Направление на стационарное лечение	Не проводится	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Рубрика АА Антибактериальная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Рубрика Б Вскрытие, опорожнение и дренирование абсцесса вульвы Рубрика В
1	2	3	4	5
N 76.5 Изъязвление влагалища N 76.6 Изъязвление вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Бакпосев Дотестовое	Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Местная антибактериальная

	консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Ножевая биопсия Мазок-отпечаток на АК Направление на лечение в дневной стационар или на стационарное лечение	Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия		терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия
N 76.8 Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес)	Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Не проводится
N 77 Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках N 77.0 Изъязвления вульвы при инфекционных и паразитарных болезнях	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Бакпосев Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Осмотр терапевта Осмотр инфекциониста Направление на лечение в дневной стационар или на стационарное лечение	Лечение основной патологии Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Лечение основной патологии Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия
1	2	3	4	5
N 77.1 Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Дотестовое консультирование	Лечение основной патологии Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Не проводится

	ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Осмотр терапевта Осмотр инфекциониста Направление на лечение в дневной стационар	Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия		
N 77.8 Изъязвления и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Бакпосев Догестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Осмотр терапевта Осмотр хирурга Осмотр эндокринолога Направление на лечение в дневной стационар или на стационарное лечение	Лечение основной патологии Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия	Ежемесячное обследование в объеме рубрики А в течение 3-х месяцев	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Лечение основной патологии Местная антибактериальная терапия в зависимости от характера инфекционного агента Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Фитотерапия
1	2	3	4	5
N 80 Эндометриоз N 80.0 Эндометриоз матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки	Гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, агонисты релизинггормонов) Микройодтерапия Иммуномодуляторы Антагонисты простагландинов Антиоксиданты Нестероидные противовоспалительные средства	1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков

	Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Исследование иммунологической реактивности Влагалищное УЗ-исследование Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингография) Направление на стационарное лечение	Седативная терапия		Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 80.1 Эндометриоз яичников N 80.2 Эндометриоз маточной трубы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Исследование иммунологической реактивности Влагалищное УЗ-исследование Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингография)	Гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, агонисты релизинггормонов) Микройодтерапия Иммуномодуляторы Антагонисты простагландинов Антиоксиданты Нестероидные противовоспалительные средства Седативная терапия Направление на стационарное лечение	1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Аднекэктомия односторонняя Аднекэктомия двусторонняя Надвлагалищная ампутиация матки с придатками Надвлагалищная ампутиация матки без придатков Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
1	2	3	4	5
N 80.3 Эндометриоз тазовой брюшины	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки	Гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, агонисты релизинггормонов) Микройодтерапия Иммуномодуляторы Антагонисты простагландинов Антиоксиданты Нестероидные противовоспалительные средства	1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на Ак из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр хирурга Рубрика Б Удаление очагов эндометриоза Оперативный

	Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Исследование иммунологической реактивности Влагалищное УЗ-исследование Колоноскопия Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингография) Направление на стационарное лечение	Седативная терапия		доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 80.4 Эндометриоз ретровагинальной перегородки и влагалища	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Исследование иммунологической реактивности Влагалищное УЗ-исследование Колоноскопия Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингография) Направление на стационарное лечение	Гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, агонисты релизинггормонов) Микроидотерапия Иммуномодуляторы Антагонисты простагландинов Антиоксиданты Нестероидные противовоспалительные средства Седативная терапия	1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр хирурга Рубрика Б Виды операций: Удаление очагов эндометриоза Оперативный доступ: чрезвлагалищный Рубрика В
1	2	3	4	5
N 80.5 Эндометриоз кишечника	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки	Гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, агонисты релизинггормонов) Микроидотерапия Иммуномодуляторы Антагонисты простагландинов Антиоксиданты Нестероидные противовоспалительные средства	1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Проводится хирургом

	Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Исследование иммунологической реактивности Влагалищное УЗ- исследование Колоноскопия Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпинго- графия) Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Седативная терапия		
N 80.6 Эндометриоз кожного рубца	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Исследование иммунологической реактивности Влагалищное УЗ- исследование Колоноскопия Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпинго- графия) Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, агонисты релизинггормонов) Микройодтерапия Иммуномодуляторы Антагонисты простагландинов Антиоксиданты Нестероидные противо- воспалительные средства Седативная терапия	1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр хирурга Рубрика Б Виды операций: Удаление очагов эндометриоза Рубрика В
1	2	3	4	5
N 80.8 Другой эндометриоз N 80.9 Эндометриоз неуточненный	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки	Гормональное лечение (гестагены, антигонадотропины, агонисты релизинггормонов) Микройодтерапия Иммуномодуляторы Антагонисты простагландинов Антиоксиданты Нестероидные противо- воспалительные средства	1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Проводится хирургом

	Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Исследование иммунологической реактивности Влагалищное УЗ-исследование Колоноскопия Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингография) Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Седативная терапия		
N 81 Выпадение женских половых органов N 81.0 Уретроцеле у женщин N 81.1 Цистоцеле N 81.2 Неполное выпадение матки и влагалища N 81.3 Полное выпадение матки и влагалища N 81.4 Выпадение матки и влагалища неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Осмотр уролога Направление на стационарное лечение	Введение во влагалище резинового кольца или пессария, или ватномарлевого тампона Спринцевание дезинфицирующим раствором Ношение бандажа	В послеоперационном периоде 1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр уролога Рубрика Б Вентрофиксация матки Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Передняя кольпоррафия Кольпоперинеорафия Срединная кольпоррафия Операция Берча Манчестерская операция Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический или чрезвлагалищный Рубрика В
1	2	3	4	5
N 81.5 Энтероцеле	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки	Введение во влагалище резинового кольца или пессария, или ватномарлевого тампона Спринцевание дезинфицирующим раствором Ношение бандажа	В послеоперационном периоде 1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр хирурга Рубрика Б Виды операций: Иссечение стенок

	Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение			влагалища Грыжесечение Пластика мочевого пузыря Пластика мышц тазового дна Оперативный доступ чрезвлагалищный Рубрика В
N 81.6 Ректоцеле	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Введение во влагалище резинового кольца или пессария, или ватномарлевого тампона Спринцевание дезинфицирующим раствором Ношение бандажа	В послеоперационном периоде 1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр хирурга Рубрика Б Кольпоперинеоррафия с леваторопластикой Оперативный доступ чрезвлагалищный Рубрика В
N 81.8 Другие формы выпадения женских половых органов N 81.9 Выпадение женских половых органов неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Введение во влагалище резинового кольца или пессария, или ватномарлевого тампона Спринцевание дезинфицирующим раствором Ношение бандажа	В послеоперационном периоде 1 раз в 3 месяца в объеме рубрики А	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр хирурга Рубрика Б Кольпоперинеоррафия Леваторопластика Оперативный доступ чрезвлагалищный Рубрика В
1	2	3	4	5
N 82 Свищи с вовлечением женских половых органов N 82.0 Пузырно-влагалищный свищ N 82.1 Другие свищи женских мочеполовых путей	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Осмотр уролога Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр уролога Рубрика Б Иссечение и ушивание свища Пластика мочевого

				пузыря Пластика мочеочника Пластика уретры Пластика влагалища Пластика шейки матки Ушивание стенки матки Оперативный доступ: лапаротомный и чрезвлагалищный Рубрика В
N 82.2 Свищ влагалищно-тонкокишечный N 82.3 Свищ влагалищно-толстокишечный N 82.4 Другие кишечно-генитальные свищи у женщин N 82.5 Свищи генитально-кожные у женщин N 82.8 Другие свищи женских половых органов N 82.9 Свищ женских половых органов неуточненный	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр хирурга Рубрика Б Иссечение и ушивание свища Зашивание тонкой кишки Резекция кишки Пластика шейки матки Ушивание стенки матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный и чрезвлагалищный Рубрика В
N 83 Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки N 83.0 Фолликулярная киста яичника N 83.1 Киста желтого тела N 83.2 Другие неуточненные кисты яичника N 83.3 Приобретенная атрофия яичника и маточной трубы N 83.4 Выпадение и грыжа яичника и маточной трубы N 83.5 Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Резекция яичника Аднексэктомия Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
1	2	3	4	5
N 83.6 Гематосальпинкс N 83.7 Гематома широкой связки матки	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Вскрытие и опорожнение гематосальпинкса Пластика маточной трубы Тубэктомия Вскрытие и опорожнение гематомы широкой связки

				Аднексэктомия Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 83.8 Другие невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки N 83.9 Невоспалительная болезнь яичника, маточной трубы и широкой связки матки неуточненная	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Резекция яичника Аднексэктомия Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 84 Полип женских половых органов N 84.0 Полип тела матки N 84.1 Полип шейки матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Полипэктомия и раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Криодеструкция цервикального канала Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Утеротонические средства Гормонотерапия Физиотерапевтические методы	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы 1 раз в 6 месяцев до наступления стойкой менопаузы Рубрика АА	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная ампутация матки с придатками Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 84.2 Полип влагалища N 84.3 Полип вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Полипэктомия Коагуляция ложа полипа	Антибактериальная терапия Утеротонические средства Физиотерапевтические методы	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы До клинического выздоровления	Не проводится
1	2	3	4	5
N 84.8 Полип других отделов женских половых органов N 84.9 Полип женских половых органов неуточненный	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Раздельное диагностическое выскабливание	Антибактериальная терапия Утеротонические средства Физиотерапевтические методы	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы 1 раз в 6 месяцев до наступления стойкой менопаузы Рубрика АА	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная

	цервикального канала и полости матки Полипэктомия Коагуляция ложа полипа Направление на стационарное лечение			ампутация матки с придатками Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 85 Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки N 85.0 Железистая гиперплазия эндометрия N 85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Гирсутное число Индекс Брея Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол) Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки	Направление на стационарное лечение	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы 1 раз в 6 месяцев до наступления стойкой менопаузы Рубрика АА Прогестерон и его производные Ингибиторы гонадотропинов Антиэстрогены Антианемическая терапия Симптоматическая терапия	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Антианемическая терапия Симптоматическая терапия Рубрика Б Надвлагалищная ампутация матки без придатков Надвлагалищная ампутация матки с придатками Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 85.2 Гипертрофия матки N 85.3 Субинволюция матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки	Утеротонические средства	До клинического выздоровления	Не проводится
1	2	3	4	5
N 85.4 Неправильное положение матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Укорочение круглых связок Разделена спаек Оперативный

	Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение			доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 85.5 Выворот матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
N 85.6 Внутриматочные синехии	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Гистерорезектоскопия Резекция внутриматочной перегородки Рубрика В
N 85.7 Гематометра	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Опорожнение гематосальпинкса и пластика маточных труб Тубэктомия Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
1	2	3	4	5
N 85.8 Другие уточненные невоспалительные болезни матки N 85.9 Невоспалительная болезнь матки неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В

	и полости матки Направление на стационарное лечение			
N 86 Эрозия и эктропион шейки матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия	Противовоспалительная терапия Диатермокоагуляция Лазерная вапоризация Криогенная деструкция	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы 1 раз в 6 недель в течение 3 месяцев до клинического выздоровления	Не проводится
N 87 Дисплазия шейки матки N 87.0 Слабовыраженная дисплазия шейки матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога	Противовоспалительная терапия	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: через 2 недели, через 3 месяца, 1 раз в 6 месяцев в течение 2-х лет	Не проводится
N 87.1 Умеренная дисплазия шейки матки N 87.2 Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицированная в других рубриках N 87.9 Дисплазия шейки матки неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога Направление на стационарное лечение	Лазерная вапоризация Криогенная деструкция	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: 1 раз в 3 месяца	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Конизация шейки матки Ампутация шейки матки Экстирпация матки с придатками Экстирпация матки без придатков Оперативный доступ: лапаротомный или чрезвлагалищный Рубрика В
1	2	3	4	5
N 88 Другие невоспалительные болезни шейки матки N 88.0 Лейкоплакия шейки матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога Направление на	Лазерная вапоризация	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: через 1 месяц, 1 раз в 6 месяцев в течение 2-х лет	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Ампутация шейки матки Рубрика В

	стационарное лечение Направление на стационарное лечение			
N 88.1 Старый разрыв шейки матки N 88.2 Стриктура и стеноз шейки матки N 88.3 Недостаточность шейки матки N 88.4 Гипертрофическое удлинение шейки матки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Ампутация шейки матки Пластика шейки матки Рубрика В
N 88.8 Другие уточненные невоспалительные болезни шейки матки N 88.9 Невоспалительная болезнь шейки матки неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия	Гормональная терапия (гестагены, антигонадотропины, агонисты релинзгормонов, агонисты простагландинов) Диатермокоагуляция Лазерная вапоризация Криогенная деструкция	До клинического выздоровления	Не проводится
N 89 Другие невоспалительные болезни влагалища N 89.0 Слабовыраженная дисплазия влагалища	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога	Противовоспалительная терапия	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: через 2 недели, через 3 месяца, 1 раз в 6 месяцев в течение 2-х лет	Не проводится
1	2	3	4	5
N 89.1 Умеренная дисплазия влагалища N 89.2 Резко выраженная дисплазия влагалища, не классифицированная в других рубриках N 89.3 Дисплазия влагалища неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на	Лазерная вапоризация Криогенная деструкция	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: 1 раз в 3 месяца	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Исечение очага Рубрика В

	ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога Направление на стационарное лечение			
N 89.4 Лейкоплакия влагалища	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога	Лазерная вапоризация	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: 1 раз в 6 месяцев в течение 2-х лет	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Иссечение очага Рубрика В
N 89.5 Стриктура и атрезия влагалища	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на онкоцитологию из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на онкоцитологию из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Разделение спаек Иссечение стенозированной части влагалища Рубрика В
N 89.6 Плотная девственная плева N 89.7 Гематокольпос	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Пункция гематокольпоса Рассечение девственной плевы Рубрика В
N 89.8 Другие невоспалительные болезни влагалища N 89.9 Невоспалительная болезнь влагалища неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Направление на стационарное лечение	Не проводится	До клинического выздоровления	В зависимости от выявленной патологии
1	2	3	4	5
N 90 Другие невоспалительные болезни вульвы и промежности N 90.0 Слабовыраженная дисплазия вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на	Противовоспалительная терапия	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: через 2 недели, через 3 месяца, 1 раз в 6 месяцев в течение 2-х лет	Не проводится

	ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога			
N 90.1 Умеренная дисплазия вульвы N 90.2 Резко выраженная дисплазия вульвы, не классифицированная в других рубриках N 90.3 Дисплазия вульвы неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Гонопровакация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога	Лазерная вапоризация	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: 1 раз в 3 месяца	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Иссечение очага Рубрика В
N 90.4 Лейкоплакия вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога Направление на стационарное лечение	Лазерная вапоризация Направление на стационарное лечение	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики онкозаболеваний женской репродуктивной системы Контроль излеченности: 1 раз в 6 месяцев в течение 2-х лет	Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Иссечение очага Рубрика В
N 90.5 Атрофия вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога Направление на стационарное лечение	Лазерная вапоризация	До клинического выздоровления	Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Иссечение очага Рубрика В
1	2	3	4	5
N 90.6 Гипертрофия вульвы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога	Лазерная вапоризация	До клинического выздоровления	Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Резекция половых губ Пластика вульварного кольца Рубрика В
N 90.7	Рубрика АА	Лазерная вапоризация	До клинического	Рубрика АА

Киста вульвы	Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога Направление на стационарное лечение	Направление на стационарное лечение	выздоровления	Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Удаление кисты вульвы Рубрика В
N 90.8 Другие невоспалительные болезни вульвы и промежности N 90.9 Невоспалительная болезнь вульвы и промежности неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Ножевая биопсия Осмотр онколога	Лазерная вапоризация	До клинического выздоровления	Не проводится
N 91 Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации N 91.0 Первичная аменорея	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хронический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ щитовидной железы УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла) ЭКГ Вакуум-аспирация содержимого полости матки Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога	Заместительная гормональная терапия в циклическом режиме Направление на экстракорпоральное оплодотворение	Наблюдение врачом гинекологом-эндокринологом 1 раз в 6 месяцев	Не проводится
1	2	3	4	5
N 91.1 Вторичная аменорея N 91.2 Аменорея неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон,	Антибактериальная терапия Неспецифическая противовоспалительная терапия	Наблюдение врачом гинекологом-эндокринологом 1 раз в 6 месяцев	Не проводится

	хрионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ щитовидной железы УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла) ЭКГ Вакуум-аспирация содержимого полости матки Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога			
N 91.3 Первичная олигоменорея N 91.4 Вторичная олигоменорея N 91.5 Олигоменорея неуточненная	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Индекс Брея Гирсутное число Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хрионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ щитовидной железы УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла) ЭКГ Вакуум-аспирация содержимого полости матки Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога	Гормональная терапия	Наблюдение врачом гинекологом-эндокринологом 1 раз в 6 месяцев	Не проводится
1	2	3	4	5
N 92 Обильные, частые и нерегулярные менструации N 92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле N 92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Индекс Брея Гирсутное число Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня	Гормональный гемостаз Эстроген-гестагенные препараты Ингибиторы простагландинсинтетазы Ингибиторы фибринолиза Препараты, влияющие на проницаемость сосудов Антианемическая терапия Направление в стационар	1 раз в 6 месяцев до клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Гормональный гемостаз Эстроген-гестагенные препараты Ингибиторы простагландинсинтетазы Ингибиторы фибринолиза

	гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хрионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ щитовидной железы УЗИ надпочечников Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла) ЭКГ Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение			Препараты, влияющие на проницаемость сосудов Антианемическая терапия Рубрика Б Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Рубрика В
N 92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Тесты функциональной диагностики Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение	Утеротоники Гормональный гемостаз Ингибиторы простагландин-синтазы Ингибиторы фибринолиза Препараты, влияющие на проницаемость сосудов Антианемическая терапия Фитотерапия	1 раз в 6 месяцев до клинического выздоровления	Рубрика АА Утеротоники Гормональный гемостаз Ингибиторы простагландин-синтазы Ингибиторы фибринолиза Препараты, влияющие на проницаемость сосудов Антианемическая терапия
1	2	3	4	5
N 92.3 Овуляторные кровотечения	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз,	Гормональный гемостаз Эстроген-гестагенные препараты Гестагены Ингибиторы простагландин-синтазы Ингибиторы фибринолиза Препараты, влияющие на проницаемость сосудов Антианемическая	1 раз в 6 месяцев до клинического выздоровления	Рубрика АА Гормональный гемостаз Эстроген-гестагенные препараты Гестагены Ингибиторы простагландин-синтазы Ингибиторы фибринолиза Препараты, влияющие

	<p>г Gardnerella, герпес)</p> <p>Тесты функциональной диагностики</p> <p>Гормональные пробы</p> <p>Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хорионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S)</p> <p>Компьютерная томография</p> <p>Магниторезонансная томография</p> <p>ЭКГ</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Осмотр эндокринолога</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	терапия		<p>на проницаемость сосудов</p> <p>Антианемическая терапия</p> <p>Рубрика Б</p> <p>Виды операций:</p> <p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p> <p>Рубрика В</p>
<p>N 92.4</p> <p>Обильные кровотечения в предменопаузальном периоде</p> <p>N 92.5</p> <p>Другие уточненные формы нерегулярных менструаций</p> <p>N 92.6</p> <p>Нерегулярные менструации неуточненные</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p>Тесты функциональной диагностики</p> <p>Гормональные пробы</p> <p>Расширенная кольпоскопия</p> <p>Ножевая биопсия</p> <p>Вакуум-аспирация содержимого полости матки</p> <p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Осмотр эндокринолога</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Утеротоники</p> <p>Препараты, повышающие вязкость крови</p> <p>Гестагены</p> <p>Ингибиторы простагландин-синтазы</p> <p>Ингибиторы фибринолиза</p> <p>Препараты, влияющие на проницаемость сосудов</p> <p>Антианемическая терапия</p> <p>Фитотерапия</p>	<p>1 раз в 6 месяцев до стойкой менопаузы</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p>Утеротоники</p> <p>Препараты, повышающие вязкость крови</p> <p>Гестагены</p> <p>Ингибиторы простагландин-синтазы</p> <p>Ингибиторы фибринолиза</p> <p>Препараты, влияющие на проницаемость сосудов</p> <p>Антианемическая терапия</p> <p>Фитотерапия</p> <p>Рубрика Б</p> <p>Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p> <p>Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>N 93</p> <p>Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища</p> <p>N 93.0</p> <p>Посткоитальные или контактные кровотечения</p> <p>N 93.8</p> <p>Другие уточненные аномальные кровотечения из</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p>Расширенная кольпоскопия</p> <p>Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором</p>	<p>Лечение в зависимости от выявленного основного заболевания</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища</p> <p>Лечение в зависимости от выявленного основного заболевания</p>

матки и влагалища N 93.9 Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное	мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Ножевая биопсия Направление на стационарное лечение			
N 94 Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом N 94.0 Боли в середине менструального цикла	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хорионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА- S) Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингографи я) Вакуум-аспирация содержимого полости матки Направление на стационарное лечение	Нестероидные противо- воспалительные средства Спазмолитики Мочегонные средства Антигистамины Транквилизаторы Ангиопротекторы	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Гистероскопия Биопсия эндометрия Рубрика В
N 94.1 Диспареуния	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Комбинированная гонопровокация с 3- кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Направление на стационарное лечение	Антимикробная терапия Нестероидные противовоспалительные средства Спазмолитики	До клинического выздоровления	Рубрика АА Рубрика Б Гистероскопия Рубрика В
1	2	3	4	5
N 94.2 Вагинизм	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики	Противовоспалительные средства Спазмолитики Мочегонные средства Антигистамины Транквилизаторы Ангиопротекторы	До клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Рубрика Б Виды операций: Диагностическая лапароскопия Гистероскопия

	<p>Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хрионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S)</p> <p>Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингография) Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение</p>			<p>Биопсия эндометрия Рубрика В</p>
<p>N 94.3 Синдром предменструального напряжения</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хрионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ почек УЗИ печени УЗИ щитовидной железы УЗИ надпочечников УЗИ молочных желез Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла, метросальпингография) Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога</p>	<p>Лечебное питание Иглорефлексотерапия Спазмолитики Мочегонные средства Гипотензивные средства Антигистамины Транквилизаторы Ангиопротекторы Гормонотерапия Дофаминомиметические средства Витаминотерапия Физиотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Не проводится</p>
1	2	3	4	5
<p>N 94.4 Первичная дисменорея</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол,</p>	<p>Нестероидные противовоспалительные препараты Седативные препараты Спазмолитики Витаминотерапия Антиоксиданты Гормонотерапия Иглорефлексотерапия Физиотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Гистероскопия Биопсия эндометрия Рубрика В</p>

	тестостерон, прогестерон, хрионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S) Компьютерная томография Магниторезонансная томография Рентгенография (метросальпингография) Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение			
N 94.5 Вторичная дисменорея N 94.6 Дисменорея неуточненная N 94.8 Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом N 94.9 Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом, неуточненные	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение	Лечение в зависимости от выявленного основного заболевания	До клинического выздоровления	Лечение в зависимости от выявленного основного заболевания
1	2	3	4	5
N 95 Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузальном периоде N 95.0 Постменопаузальные кровотечения	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики	Утеротоники Препараты, повышающие вязкость крови Гестагены Ингибиторы простагландин-синтетазы Ингибиторы фибринолиза Препараты, влияющие на проницаемость сосудов	1 раз в 6 месяцев до стойкой менопаузы	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Утеротоники Препараты, повышающие вязкость крови Гестагены

	Гормональные пробы Ножевая биопсия Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение	Антианемическая терапия Фитотерапия		Ингибиторы простагландин- синтазы Ингибиторы фибринолиза Препараты, влияющие на проницаемость сосудов Антианемическая терапия Фитотерапия Рубрика Б Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Рубрика В
N 95.1 Менопауза и климактерическое состояние у женщины	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы УЗИ щитовидной железы Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога	Заместительная гормональная терапия Седативная терапия Психотерапия Симпатолитическая терапия Бетаадреноблокаторы Дофаминомиметичес кие средства Фитотерапия	1 раз в 3 месяца до клинического выздоровления	Не проводится
N 95.2 Постменопаузальный атрофический вагинит	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия	Антибактериальная терапия Заместительная гормональная терапия Овестин	До клинического выздоровления	Не проводится
1	2	3	4	5
N 95.3 Состояния, связанные с искусственно вызванной менопаузой N 95.8 Другие уточненные нарушения менопаузального и перименопаузального периода N 95.9	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы	Заместительная гормональная терапия Седативная терапия Психотерапия Симпатолитическая терапия Бетаадреноблокаторы Фитотерапия	1 раз в 3 месяца до клинического выздоровления	Не проводится

Менопаузные и перименопаузные нарушения неуточненные	<p>Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, хорионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S)</p> <p>УЗИ почек УЗИ печени УЗИ щитовидной железы УЗИ молочных желез Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла)</p> <p>Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога</p>			
<p>№ 96 Привычный выкидыш</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Тесты функциональной диагностики Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) Влагалищное УЗ-исследование Осмотр генетика Направление на стационарное лечение</p>	<p>Гормонотерапия Антибактериальная терапия Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом по профилактике невынашивания беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Влагалищное УЗ-исследование Гормонотерапия Антибактериальная терапия Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия Рубрика Б Выскабливание полости матки Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>№ 97 Женское бесплодие Включены: <i>Неспособность забеременеть</i> <i>Стерильность женская БДУ</i></p> <p>№ 97.0 Женское бесплодие, связанное с отсутствием</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Тесты функциональной диагностики Гормональные пробы Определение уровня гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, эстрадиол,</p>	<p>Дофаминомиметические средства Цикловая витаминотерапия Гестагены Эстроген-гестагенные препараты Хорионический гонадотропин Стимуляторы овуляции</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Клиновидная резекция яичников Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>

овуляции	тестостерон, прогестерон, хрионический гонадотропин, пролактин, кортизол, тиреотропный гормон, Т-3, Т-4, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ почек УЗИ печени УЗИ щитовидной железы УЗИ молочных желез Рентгенография (костного скелета, черепа, турецкого седла) Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение	Глюкокортикоиды Физиотерапия Фитотерапия		
N 97.1 Женское бесплодие трубного происхождения	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности Рентгенография (метросальпингография) Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Иммуномодуляторы Эстроген-гестагенные препараты Биостимуляторы Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение	Наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности	Рубрика АА Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Сальпингоовариолизи с Пластика маточных труб Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
1	2	3	4	5
N 97.2 Женское бесплодие маточного происхождения	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз,	Антибактериальная терапия Иммуномодуляторы Эстроген-гестагенные препараты Биостимуляторы Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное	Наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Гистероскопия Оперативный Рубрика В

	<p>микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Посткоитальный тест Исследование иммунологической реактивности Рентгенография (метросальпингография) Вакуум-аспирация содержимого полости матки Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки</p>	лечение		
<p>N 97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Посткоитальный тест Исследование иммунологической реактивности Рентгенография</p>	<p>Рекомендации по искусственному осеменению спермой мужа Рекомендации по экстракорпоральному оплодотворению</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности</p>	Не проводится
<p>N 97.4 Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами N 97.8 Другие формы женского бесплодия N 97.9 Женское бесплодие неуточненное</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Комбинированная гонопровокация с 3-кратным забором мазков на флору Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) УЗИ щитовидной железы УЗИ молочных желез Спермограмма Исследование иммунологической реактивности Рентгенография</p>	<p>Дофаминомиметические средства Цикловая витаминотерапия Гестагены Эстроген-гестагенные препараты Хорионический гонадотропин Стимуляторы овуляции Глюкокортикоиды Физиотерапия Фитотерапия Рекомендации по искусственному осеменению спермой мужа Рекомендации по экстракорпоральному оплодотворению</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности</p>	Не проводится
1	2	3	4	5
<p>N 98 Осложнения, связанные с искусственным оплодотворением N 98.0 Инфекция, связанная с искусственным оплодотворением</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Дотестовое консультирование ВИЧ Послетестовое консультирование Расширенная кольпоскопия Обследование на ИППП (хламидиоз,</p>	<p>Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Блокаторы простагландинов Витаминотерапия Физиотерапия Фитотерапия</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности</p>	<p>Рубрика АА Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Физиотерапия Рубрика Б Выскабливание полости матки Тубэктомия Аднекэктомия Надвлагалищная</p>

	микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Направление на стационарное лечение			ампутация матки с придатками Экстирпация матки с придатками Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В
N 98.1 Гиперстимуляция яичников	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Расширенная кольпоскопия Направление на стационарное лечение	Отмена стимуляторов овуляции Направление на стационарное лечение	Наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности	Рубрика АА Рубрика Б Резекция яичника Овариоэктомия Аднексоэктомия Оперативный доступ: лапаротомный и чрезвлагалищный Рубрика В
N 98.2 Осложнения, связанные с попыткой имплантации оплодотворенной яйцеклетки после экстракорпорального оплодотворения N 98.3 Осложнения, связанные с попыткой имплантации эмбриона N 98.8 Другие осложнения, связанные с искусственным оплодотворением N 98.9 Осложнения, связанные с искусственным оплодотворением, неуточненные	Не проводится	Не проводится	В послеоперационном периоде - наблюдение врачом акушером-гинекологом по планированию беременности	Рубрика Б Виды операций: Выскабливание полости матки Ушивание перфорационного отверстия Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный и чрезвлагалищный Рубрика В

1	2	3	4	5
<p>О 00 Внематочная [эктопическая] беременность Включена: внематочная беременность с разрывом. При необходимости идентифицировать любое связанное с этим осложнение используют дополнительный код рубрики О 08. -</p> <p>О 00.0 Абдоминальная [брюшная] беременность</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ-исследование Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр хирурга</p>	<p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Наблюдение в послеоперационном периоде до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ-исследование Компьютерная томография Магниторезонансная томография Пункция заднего свода влагалища Осмотр хирурга Плазмозамещающие средства Препараты железа Рубрика Б Виды операций: Диагностическая лапароскопия Удаление брюшной беременности Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 00.1 Трубная беременность</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ-исследование Осмотр хирурга</p>	<p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Наблюдение в послеоперационном периоде до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ-исследование Пункция заднего свода влагалища Осмотр хирурга Плазмозамещающие средства Препараты железа Рубрика Б Виды операций: Диагностическая лапароскопия Туботомия Тубэктомия Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 00.2 Яичниковая беременность</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ-исследование Осмотр хирурга</p>	<p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Наблюдение в послеоперационном периоде до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ-исследование Пункция заднего свода влагалища Осмотр хирурга Плазмозамещающие средства Препараты железа Рубрика Б Виды операций: Диагностическая лапароскопия Резекция яичника Овариозэктомия Аднексэктомия Оперативный доступ: лапаротомный или</p>

				лапароскопический Рубрика В
1	2	3	4	5
<p>О 00.8 Другие формы внематочной беременности О 00.9 Внематочная беременность неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ- исследование Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр хирурга</p>	<p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Наблюдение в после- операционном периоде до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи на наличие беременности Влагалищное УЗ- исследование Компьютерная томография Магниторезонансная томография Пункция заднего свода влагалища Осмотр хирурга Плазмозамещающие средства Препараты железа Рубрика Б Виды операций: Диагностическая лапароскопия Удаление внематочной беременности Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 01 Пузырный занос При необходимости идентифицировать любое связанное с этим осложнение используют дополнительный код рубрики О 08. - О 01.0 Пузырный занос классический О 01.1 Пузырный занос неполный и частичный О 01.9 Пузырный занос неуточненный</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Расширенная кольпоскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени ЭКГ Компьютерная томография Магниторезонансная томография Осмотр терапевта Осмотр онколога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Проводится онкологом</p>	<p>Рубрика А 1 раз в 3 месяца – в первый год после комбинированного лечения 1 раз в 6 месяцев – 2 года после комбинированного лечения Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Осмотр онколога</p>	<p>Назначается онкологом</p>

1	2	3	4	5
<p>О 02 Другие аномальные продукты зачатия При необходимости идентифицировать любое связанное с этим осложнение используют дополнительный код рубрики О 08. -</p> <p>О 02.0 Погибшее плодное яйцо и непузырный занос</p> <p>О 02.1 Несостоявшийся выкидыш</p> <p>О 02.8 Другие уточненные аномальные продукты зачатия</p> <p>О 02.9 Аномальный продукт зачатия неуточненный</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Влагалищное УЗ-исследование Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства</p> <p>Рубрика Б Виды операций: Диагностическая лапароскопия Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Удаление погибшего плодного яйца Тубэктомия Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки</p> <p>Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>С рубриками О 03-О 06 используются следующие четверные знаки: .0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов .1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением .2 Неполный аборт, осложнившийся эмболией .3 Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями .4 Неполный аборт без осложнений .5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов .6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением .7 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией .8 Полный или неуточненный аборт с другими и неуточненными осложнениями .9 Полный или неуточненный аборт без осложнений</p>				
1	2	3	4	5

<p>О 03 Самопроизвольный аборт <i>Включен:</i> выкидыш</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗИ-исследование Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 04 Медицинский аборт <i>Включены:</i> прерывание беременности: <ul style="list-style-type: none"> • легальное • по медицинским показаниям </p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
1	2	3	4	5

<p>О 05 Другие виды аборта</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗИ-исследование Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 06 Аборт неуточненный <i>Включен:</i> искусственный аборт БДУ</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Влагалищное УЗИ-исследование Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Эстроген-гестагенные препараты Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
1	2	3	4	5

<p>О 07 Неудачная попытка аборта О 07.0 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 07.1 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Препараты железа Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
1	2	3	4	5

<p>О 07.2 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся эмболией</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Не проводится</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Дополнительные виды обследования: Осмотр терапевта Осмотр хирурга Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 07.3 Неудачный медицинский аборт с другими и неуточненными осложнениями О 07.4 Неудачный медицинский аборт без осложнений</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Дополнительные виды обследования: Осмотр терапевта Осмотр хирурга Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
1	2	3	4	5

<p>О 07.5 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта, осложнившиеся инфекцией половых путей и тазовых органов</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 07.6 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта, осложнившиеся длительным или чрезмерным кровотечением</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противовоспалительные средства Антигистамины Седативные средства Препараты железа Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
1	2	3	4	5

<p>О 07.7 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта, осложнившиеся эмболией</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Не проводится</p>	<p>До выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр терапевта Осмотр хирурга Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 07.8 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта с другими и неуточненными осложнениями О 07.9 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта без осложнений</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Гемостатическая терапия Нестероидные противо-воспалительные средства Антигистамины Седативные средства Физиотерапия Санаторно-курортное лечение</p>	<p>До выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр терапевта Осмотр хирурга Рубрика Б Виды операций: Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный или лапароскопический Рубрика В</p>
<p>О 08 Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.0 Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.1 Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.2 Эмболия, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.3 Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.4 Почечная</p>	<p>Рассматриваются в соответствующих рубриках</p>			

<p>недостаточность, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.6 Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.7 Другие венозные осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью О 08.9 Осложнение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью, неуточненное</p>				
<p>О 10 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период <i>Включены:</i> перечисленные состояния с предшествовавшей протеинурией О 10.0 Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период О 10.1 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр кардиолога Осмотр уролога УЗИ почек Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадреноблокаторы Бетаадреноблокаторы</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр кардиолога Осмотр уролога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадрено-блокаторы Бетаадреноблокаторы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	1	5
<p>О 10.2 Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О 10.3 Существовавшая ранее кардиоваскулярная и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О 10.4 Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О 10.9 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадреноблокаторы Бетаадреноблокаторы</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадрено-блокаторы Бетаадреноблокаторы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадреноблокаторы Бетаадреноблокаторы</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадреноблокаторы Бетаадреноблокаторы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии О 12.0 Вызванные беременностью отеки О 12.1 Вызванная беременностью протеинурия О 12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Антагонисты кальция Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 13 Вызванная беременностью гипертензия значительной протеинурией без</p>	<p>Рубрика АА Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадреноблокаторы Бетаадреноблокаторы</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадреноблокаторы Бетаадреноблокаторы Магnezальная терапия Витаминотерапия Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией О 14.0 Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести О 14.1 Тяжелая преэклампсия О 14.9 Преэклампсия [нефропатия] неуточненная</p>	<p>Срочная госпитализация</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Периферические вазодилататоры Антагонисты кальция Симпатолитики Ганглиоблокаторы Альфаадрено-блокаторы Бетаадреноблокаторы Магнезиальная терапия Средства, улучшающие метаболизм миокарда Антигипоксанты Антиоксиданты Витаминотерапия Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 15 Эклампсия Включены: судороги, вызванные состояниями, классифицированным и в рубриках О 10 - О 14 и О 16</p> <p>О.15.0 Эклампсия во время беременности О 15.1 Эклампсия в родах</p>	<p>Неотложная помощь Срочная госпитализация</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Неотложная помощь Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Периферические вазодилататоры Антагонисты кальция Симпатолитики Ганглиоблокаторы Альфаадрено-блокаторы Бетаадреноблокаторы Магнезиальная терапия Средства, улучшающие метаболизм миокарда Антигипоксанты Антиоксиданты Витаминотерапия Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 15.2 Эклампсия послеродовом периоде</p>	<p>Неотложная помощь в Срочная госпитализация</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Неотложная помощь Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно- охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Периферические вазодилататоры Антагонисты кальция Симпатолитики Ганглиоблокаторы Альфаадрено- блокаторы Бетаадреноблокаторы Магнезиальная терапия Средства, улучшающие метаболизм миокарда Антигипоксанты Антиоксиданты Витаминотерапия</p>

1	2	3	4	5
<p>О 15.9 Эклампсия неуточненная по срокам</p>	<p>Неотложная помощь Срочная госпитализация</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Неотложная помощь Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно- охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Периферические вазодилататоры Антагонисты кальция Симпатолитики Ганглиоблокаторы Альфаадрено- блокаторы Бетаадреноблокаторы Магнезиальная терапия Средства, улучшающие метаболизм миокарда Антигипоксанты Антиоксиданты Витаминотерапия Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 16 Гипертензия матери неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадреноблокаторы Бетаадреноблокаторы</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Проба Реберга Диурез Кардиотокография Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр терапевта Осмотр уролога Осмотр кардиолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Антиагреганты Мочегонные средства Гипотензивные средства Седативные средства Спазмолитики Антагонисты кальция Симпатолитики Альфаадрено-блокаторы Бетаадреноблокаторы Магнезиальная терапия Витаминотерапия Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 20 Кровотечение в ранние сроки беременности О 20.0 Угрожающий аборт О 20.8 Другие кровотечения в ранние сроки беременности О 20.9 Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненные</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Тесты функциональной диагностики Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебно-охранительный режим Седативные средства Антибактериальная терапия Гормонотерапия</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Гормонотерапия Антибактериальная терапия Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия</p>

1	2	3	4	5
<p>О 21 Чрезмерная рвота беременных О 21.0 Рвота беременных легкая или умеренная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Диурез Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела Осмотр терапевта</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Антигистамины Противорвотные средства Пищеварительные ферменты Седативные средства Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Физиотерапия</p>	<p>Еженедельно до клинического выздоровления</p>	<p>Не проводится</p>
<p>О 21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ О 21.2 Поздняя рвота беременных О 21.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность О 21.9 Рвота беременных неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Диурез Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени Проба Реберга Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр уролога Осмотр терапевта Кардиография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Антигистамины Противорвотные средства Пищеварительные ферменты Седативные средства Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Физиотерапия</p>	<p>Еженедельно до клинического выздоровления</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Антигистамины Противорвотные средства Пищеварительные ферменты Седативные средства Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Физиотерапия Рубрика Б Прерывание беременности Рубрика В</p>
<p>О 22 Венозные осложнения во время беременности О 22.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей во время беременности О 22.1 Варикозное расширение вен половых органов во время беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Осмотр терапевта Осмотр хирурга Кардиография</p>	<p>Седативные средства Спазмолитики Антиагреганты Тугое бинтование</p>	<p>Еженедельно - терапевт женской консультации</p>	<p>Не проводится</p>
<p>О 22.2 Поверхностный тромбоз венозной системы во время беременности О 22.3 Глубокий флеботромбоз во время беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Осмотр терапевта Осмотр хирурга Кардиография</p>	<p>Антибактериальные средства Антигистамины Седативные средства Спазмолитики Антиагреганты Тугое бинтование</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Назначается хирургом</p>
<p>О 22.4 Геморрой во время беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Осмотр хирурга Кардиография</p>	<p>Седативные средства Спазмолитики Антиагреганты Тугое бинтование</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Не проводится</p>
<p>О 22.5 Тромбоз церебральных вен во время беременности О 22.8 Другие венозные осложнения во время беременности О 22.9 Венозное осложнение во время беременности неуточненное</p>	<p>Направление на госпитализацию</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Назначается хирургом</p>

1	2	3	4	5
<p>О 23 Инфекции мочеполовых путей при беременности О 23.0 Инфекции почек при беременности О 23.1 Инфекции мочевого пузыря при беременности О 23.2 Инфекции уретры при беременности О 23.3 Инфекции других отделов мочевых путей при беременности О 23.4 Инфекция мочевых путей при беременности неуточненная О 23.5 Инфекции половых путей при беременности О 23.9 Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Диурез ЭКГ УЗИ почек Проба Реберга Исследование иммунологической реактивности Осмотр уролога Осмотр терапевта Кардиография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антибактериальные средства Уросептики Витаминотерапия Антигистамины Иммунотерапия Седативные средства Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Физиотерапия</p>	<p>Еженедельно до клинического выздоровления - терапевт женской консультации</p>	<p>Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Диурез ЭКГ УЗИ почек Проба Реберга Исследование иммунологической реактивности Осмотр терапевта Осмотр уролога: назначает патогенетическое лечение Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антибактериальные средства Уросептики Витаминотерапия Антигистамины Иммунотерапия Седативные средства Плазмозамещающие средства Дезинтоксикационные средства Физиотерапия Рубрика Б Оперативное лечение проводится урологами Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 24 Сахарный диабет при беременности Включен: во время родов и в послеродовом периоде</p> <p>О 24.0 Существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый</p> <p>О 24.1 Существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый</p> <p>О 24.2 Существовавший ранее сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания</p> <p>О 24.3 Существовавший ранее сахарный диабет неуточненный</p> <p>О 24.4 Сахарный диабет, развившийся во время беременности</p> <p>О 24.9 Сахарный диабет при беременности неуточненный</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела Диурез Гликемический профиль Глюкозурический профиль ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени УЗИ щитовидной железы Проба Реберга Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр уролога Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Кардиотахография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим</p>	<p>Еженедельно до клинического выздоровления - терапевт женской консультации</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела Диурез Гликемический профиль Глюкозурический профиль ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени УЗИ щитовидной железы Проба Реберга Исследование глазного дна Осмотр окулиста Осмотр уролога Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога: назначает патогенетическое лечение Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антибактериальные Инсулинотерапия Антибактериальные средства Витаминотерапия</p> <p>Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение</p> <p>Рубрика В</p>
<p>О 25 Недостаточность питания при беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела Диурез Гликемический профиль Глюкозурический профиль ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени УЗИ щитовидной железы Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Кардиотахография</p>	<p>Лечебное питание Витаминотерапия Препараты железа</p>	<p>Еженедельно до клинического выздоровления - терапевт женской консультации</p>	<p>Не проводится</p>

1	2	3	4	5
<p>О 26 Медицинская помощь матери в связи с другими состояниями, связанными преимущественно с беременностью О 26.0 Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности О 26.1 Недостаточное увеличение массы тела во время беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Анализ мочи по Зимницкому Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела Диурез Гликемический профиль Глюкозурический профиль ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени УЗИ щитовидной железы Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Кардиотахография</p>	<p>Лечебное питание Витаминотерапия Препараты железа</p>	<p>Еженедельно до клинического выздоровления - терапевт женской консультации</p>	<p>Не проводится</p>
<p>О 26.2 Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на ТОРСН-инфекции Исследование иммунологической реактивности Тесты функциональной диагностики Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) Влагалищное УЗ-исследование Осмотр генетика Направление на стационарное лечение</p>	<p>Гормонотерапия Антибактериальная терапия Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия Наложение акушерского pessaria</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Влагалищное УЗ-исследование Гормонотерапия Антибактериальная терапия Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия Наложение акушерского pessaria Рубрика Б Наложение шва на шейку матки Родоразрешение Выскабливание полости матки Рубрика В</p>
<p>О 26.3 Оставшееся внутриматочное противозачаточное средство при беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Влагалищное УЗ-исследование Направление на стационарное лечение</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Влагалищное УЗ-исследование Извлечение внутриматочного противозачаточного средства Выскабливание полости матки при прерывании беременности</p>

1	2	3	4	5
О 26.4 Герпес беременных	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса) Исследование иммунологической реактивности Кардиотокография Направление на стационарное лечение	Антивирусная терапия Антигистамины Седативные средства Витаминотерапия	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Влагалищное ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса) Исследование иммунологической реактивности Кардиотокография Антивирусная терапия Антигистамины Седативные средства Витаминотерапия Плазмаферез
О 26.5 Гипотензивный синдром у матери	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Осмотр терапевта Кардиотохограмма	Лечебное питание Витаминотерапия Тонизирующие средства	Еженедельно	Не проводится
О 26.6 Поражения печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ УЗИ печени Маркеры вирусного гепатита Компьютерная томография Осмотр терапевта Кардиотохография Направление на стационарное лечение	Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гепатопротекторы Противорвотные средства Витаминотерапия Гормоны коры надпочечников Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы	Еженедельно до клинического выздоровления - терапевт женской консультации	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ УЗИ печени Маркеры вирусного гепатита Компьютерная томография Осмотр терапевта Осмотр гепатолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Гепатопротекторы Противорвотные средства Витаминотерапия Гормоны коры надпочечников Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Плазмаферез Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
О 26.7 Подвывих лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Кардиотохография Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Лечебно-охранительный режим
О 26.8 Другие уточненные состояния, связанные с беременностью О 26.9 Состояние, связанное с беременностью, неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: в зависимости от характера патологии	Лечение в зависимости от выявленной патологии	Еженедельно	Обследование и лечение в зависимости от выявленной патологии

1	2	3	4	5
<p>О 28 Отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери О 28.0 Гематологические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери О 28.1 Биохимические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери О 28.2 Цитологические изменения, выявленные при антенатальном обследовании матери О 28.3 Патологические изменения, выявленные при ультразвуковом антенатальном обследовании матери О 28.4 Патологические изменения, выявленные при рентгенологическом антенатальном обследовании матери О 28.5 Хромосомные или генетические аномалии, выявленные при антенатальном обследовании матери О 28.8 Другие отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери О 28.9 Отклонение от нормы, выявленное при антенатальном обследовании матери, неуточненное</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Бакпосев Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Тесты функциональной диагностики Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) Влагалищное УЗ-исследование ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени Осмотр генетика Осмотр онколога Осмотр гематолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антикоагулянты Гормоны коры надпочечников Антиагреганты Седативные средства Спазмолитики Метаболическая терапия Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ УЗИ печени УЗИ почек Осмотр терапевта Осмотр онколога Осмотр гематолога Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антикоагулянты Антиагреганты Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия Гормоны коры надпочечников Метаболическая терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Плазмозамещающие растворы Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 29 Осложнения, связанные с проведением анестезии в период беременности Включены: осложнения у матери, вызванные проведением общей или местной анестезии, применением болеутоляющих или седативных препаратов во время беременности</p> <p>О 29.0 Легочные осложнения анестезии в период беременности</p> <p>О 29.1 Кардиологические осложнения анестезии в период беременности</p> <p>О 29.2 Осложнения со стороны центральной нервной системы в связи с анестезией в период беременности</p> <p>О 29.3 Токсическая реакция на местную анестезию в период беременности</p> <p>О 29.4 Головные боли, вызванные проведением спинномозговой или эпидуральной анестезии в период беременности</p> <p>О 29.5 Другие осложнения спинномозговой или эпидуральной анестезии в период беременности</p> <p>О 29.6 Неудача или трудности при интубации во время беременности</p> <p>О 29.8 Другие осложнения анестезии в период беременности</p> <p>О 29.9 Осложнение анестезии в период беременности неуточненное</p>	<p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Обследование и лечение в зависимости от выявленной патологии</p>

1	2	3	4	5
<p>О 30 Многоплодная беременность О 30.0 Беременность двойней О 30.1 Беременность тройней О 30.2 Беременность четырьмя плодами О 30.8 Другие формы многоплодной беременности О 30.9 Многоплодная беременность неуточненная</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Тесты функциональной диагностики Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ почек УЗИ печени Осмотр терапевта Кардиохография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиохография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 31 Осложнения, характерные для многоплодной беременности О 31.0 Бумажный плод О 31.1 Продолжающаяся беременность после абортa одного или более чем одного плода О 31.2 Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода О 31.8 Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиохография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиохография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антикоагулянты Антиагреганты Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия Гормоны коры надпочечников Метаболическая терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 32 Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода Включены: состояния, являющиеся основанием для наблюдения, госпитализации или другой акушерской помощи матери, а также для проведения кесарева сечения до начала родов О 32.0 Неустойчивое положение плода, требующее предоставления медицинской помощи матери О 32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери О 32.2 Поперечное или косое положение плода, требующее предоставления медицинской помощи матери О 32.3 Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери О 32.4 Высокое стояние головки к концу беременности, требующее предоставления медицинской помощи матери О 32.5 Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов, требующее предоставления медицинской помощи матери О 32.6 Комбинированное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери О 32.8 Другие формы неправильного предлежания плода, требующее предоставления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Кардиотахография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Корректирующая гимнастика</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Корректирующая гимнастика Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

<p>медицинской помощи матери О 32.9 Неправильное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери, неуточненное</p>				
<p>О 33 Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода Включены: состояния, являющиеся основанием для наблюдения, госпитализации или другой акушерской помощи матери, а также для проведения кесарева сечения до начала родов О 33.0 Деформация костей таза, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О 33.1 Равномерно суженный таз, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О 33.2 Сужение входа таза, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О 33.3 Сужение выхода таза, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О 33.4 Диспропорция смешанного материнского и плодного происхождения, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О 33.5 Крупные размеры плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Кардиотахография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>

<p>медицинской помощи матери О 33.6 Гидроцефалия плода, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О 33.7 Другие аномалии плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О 33.8 Диспропорция вследствие других причин требующая предоставления медицинской помощи матери О 33.9 Диспропорция, требующая предоставления медицинской помощи матери, неуточненная</p>				
<p>О 34 Медицинская помощь матери при установленной или предполагаемой аномалии органов таза Включены: состояния, являющиеся основанием для наблюдения, госпитализации или другой акушерской помощи матери, а также для проведения кесарева сечения до начала родов О 34.0 Врожденные аномалии матки, требующие предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) УЗИ почек УЗИ печени Осмотр терапевта Кардиотахография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия</p>	<p>Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антикоагулянты Антиагреганты Седативные средства Спазмолитики Витаминотерапия Гормоны коры надпочечников Метаболическая терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 34.1 Опухоль тела матки, требующая предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища ЭКГ Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени Осмотр терапевта Осмотр хирурга Кардиотахография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища ЭКГ Влагалищное УЗ-исследование УЗИ почек УЗИ печени Осмотр терапевта Осмотр хирурга Кардиотахография Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>
1	2	3	4	5

О 34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Тесты функциональной диагностики Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) Влагалищное УЗ-исследование Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия	Еженедельно	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Влагалищное УЗ-исследование Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери О 34.4 Другие аномалии шейки матки, требующие предоставления медицинской помощи матери	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Тесты функциональной диагностики Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S) Влагалищное УЗ-исследование Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Санация влагалища	Наблюдение врачом акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Влагалищное УЗ-исследование Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Санация влагалища Рубрика Б Наложение шва на шейку матки Родоразрешение Рубрика В
1	2	3	4	5
О 34.5	Рубрика АА	Лечебное питание	Наблюдение врачом	Рубрика АА

<p>Другие аномалии беременной матки, требующие предоставления медицинской помощи матери О 34.6</p> <p>Аномалии влагалища, требующие предоставления медицинской помощи матери О 34.7</p> <p>Аномалии вульвы и промежности, требующие предоставления медицинской помощи матери О 34.8</p> <p>Другие уточненные аномалии тазовых органов, требующие предоставления медицинской помощи матери О 34.9</p> <p>Аномалия тазовых органов, требующая предоставления медицинской помощи матери, неуточненная</p>	<p>Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища ЭКГ</p> <p>Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес)</p> <p>Обследование на TORCH-инфекции</p> <p>Исследование иммунологической реактивности</p> <p>Тесты функциональной диагностики</p> <p>Определение уровня гормонов в крови (эстрадиол, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортизол, 17-КС, ДЭА-S)</p> <p>УЗИ почек</p> <p>УЗИ печени</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебно-охранительный режим</p> <p>Витаминотерапия</p>	<p>акушером-гинекологом кабинета профилактики невынашивания беременности</p>	<p>Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия</p> <p>Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение</p> <p>Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>О 35 Медицинская</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные</p>

<p>помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода Включены: состояния, являющиеся основанием для наблюдения, госпитализации или другой акушерской помощи матери, а также для проведения кесарева сечения до начала родов О 35.0 Пороки развития центральной нервной системы у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О 35.1 Хромосомные аномалии у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери О 35.2 Наследственные болезни у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери О 35.3 Поражение плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери О 35.4 Поражение плода (предполагаемое) в результате воздействия алкоголя, требующее предоставления медицинской помощи матери О 35.5 Поражение плода (предполагаемое) в результате употребления лекарственных средств, требующее предоставления медицинской помощи матери О 35.6 Поражение плода (предполагаемое) в результате радиации, требующее предоставления медицинской помощи матери О 35.7 Поражение плода (предполагаемое) в</p>	<p>виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Обследование на TORCH-инфекции ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса) Осмотр генетика Кардиотахография Направление на стационарное лечение</p>			<p>виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Кардиотахография Осмотр генетика Рубрика Б Прерывание беременности при выявлении пороков, несовместимых с жизнью Родоразрешение Рубрика В</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>результате других медицинских процедур, требующее предоставления медицинской помощи матери О 35.8 Другие аномалии и поражения плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери О 35.9 Аномалия и поражение плода, требующие предоставления медицинской помощи матери, неуточненные</p>				
<p>Медицинская помощь матери при других установленных или предполагаемых патологических состояниях плода Включены: состояния, являющиеся основанием для наблюдения, госпитализации или другой акушерской помощи матери, а также для проведения кесарева сечения до начала родов О 36.0 Резус-иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи матери О 36.1 Другие формы изоиммунизации, требующие предоставления медицинской помощи матери О 36.2 Водянка плода, требующая предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Определение титра антител Кардиотахография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Метаболическая терапия</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Определение титра антител Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Метаболическая терапия Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>

1	2	3	4	5
<p>О 36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотохография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антиагреганты Спазмолитики Метаболическая терапия Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотохография Лечебное питание Лечебно- охранительный режим Антиагреганты Спазмолитики Витаминотерапия Метаболическая терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотохография Направление на стационарное лечение</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Рубрика АА Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на TORCH-инфекции УЗИ почек</p>	<p>Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антиагреганты Спазмолитики Метаболическая терапия</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотохография Лечебное питание Лечебно-</p>

О 36.6 Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери	УЗИ печени Осмотр терапевта Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы		охранительный режим Антиагреганты Спазмолитики Метаболическая терапия Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 36.7 Жизнеспособный плод при абдоминальной беременности, требующий предоставления медицинской помощи матери	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно- охранительный режим Антиагреганты Спазмолитики Метаболическая терапия Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
1	2	3	4	5
О 36.8 Другие уточненные отклонения в состоянии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О 36.9 Отклонение в состоянии плода, требующее предоставления медицинской помощи матери, неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической реактивности Определение титра антирезусных антител Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Метаболическая терапия	Еженедельно	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно- охранительный режим Витаминотерапия Метаболическая терапия Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
О 40 Многоводие	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Исследование иммунологической	Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Метаболическая терапия	Еженедельно	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно- охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Метаболическая терапия Рубрика Б

	реактивности Осмотр генетика Кардиотахография Направление на стационарное лечение			Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
О 41 Другие нарушения со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек О 41.0 Олигогидроамнион	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на ТОРСН-инфекции Исследование иммунологической реактивности Осмотр генетика Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Метаболическая терапия	Еженедельно	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Метаболическая терапия Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
О 41.1 Инфекции амниотической полости и плодных оболочек О 41.8 Другие уточненные нарушения амниотической жидкости и плодных оболочек О 41.9 Нарушение амниотической жидкости и плодных оболочек неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на ТОРСН-инфекции Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Метаболическая терапия	Еженедельно	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебное питание Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Метаболическая терапия Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
1	2	3	4	5
О 42 Преждевременный разрыв плодных оболочек О 42.0 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 ч	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Метаболическая терапия Гормоны коры надпочечников Сурфактантная терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 42.1 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов после 24-часового безводного периода О 42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Метаболическая терапия Седативные средства Спазмолитики Гормоны коры

проводимой терапией О 42.9 Преждевременный разрыв плодных оболочек неуточненный				надпочечников Сурфактантная терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 43 Плацентарные нарушения О 43.0 Синдромы плацентарной трансфузии О 43.1 Аномалия плаценты О 43.8 Другие плацентарные нарушения О 43.9 Плацентарное нарушение неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса) Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Антиагреганты Метаболическая терапия	Еженедельно	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Антимикробная терапия Витаминотерапия Антиагреганты Метаболическая терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
О 44 Предлежание плаценты О 44.0 Предлежание плаценты уточненное как без кровотечения	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Лечебно-охранительный режим	Еженедельно	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 44.1 Предлежание плаценты с кровотечением	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
1	2	3	4	5
О 45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae] О 45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови О 45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты О 45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Препараты железа Седативные средства Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках О 46.0 Дородовое кровотечение с нарушением свертываемости О 46.8 Другое дородовое кровотечение О 46.9	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Препараты железа Седативные средства Спазмолитики Бетамиметики Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные

Дородовое кровотечение неуточненное				растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 47 Ложные схватки О 47.0 Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Седативные средства Спазмолитики Бетамиметики Магнезиальная терапия Гормоны коры надпочечников Сурфактантная терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 47.1 Ложные схватки, начиная с 37 полных недель беременности	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
1	2	3	4	5
О 47.9 Ложные схватки неуточненные	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим Витаминотерапия Седативные средства Спазмолитики Бетамиметики Магнезиальная терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 48 Переношенная беременность	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Направление на стационарное лечение	Не проводится	1 раз в 3 дня	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 60 Преждевременные роды	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Лечебно-охранительный режим

				Витаминотерапия Седативные средства Спазмолитики Бетамиметики Магнезиальная терапия Простагландины Гормоны коры надпочечников Сурфактантная терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 61 Неудачная попытка стимуляции родов О 61.0 Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами О 61.1 Неудачная попытка стимуляции родов инструментальными методами О 61.8 Другие виды неудачной попытки стимуляции родов О 61.9 Неудачная попытка стимуляции родов неуточненная	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Седативные средства Спазмолитики Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Повторное родовозбуждение Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
1	2	3	4	5
О 62 Нарушения родовой деятельности [родовых сил] О 62.0 Первичная слабость родовой деятельности О 62.1 Вторичная слабость родовой деятельности О 62.2 Другие виды слабости родовой деятельности	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 62.3 Стремительные роды О 62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки О 62.8 Другие нарушения родовой деятельности О 62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Седативные средства Спазмолитики Анальгетики Бетамиметики Витаминотерапия Метаболическая терапия Магнезиальная терапия Простагландины Плазмозамещающие растворы

				Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 63 Затяжные роды О 63.0 Затянувшийся первый период родов О 63.1 Затянувшийся второй период родов О 63.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т.д. О 63.9 Затяжные роды неуточненные	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 64 Затрудненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода О 64.0 Затрудненные роды вследствие неполного поворота головки плода О 64.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания О 64.2 Затрудненные роды вследствие лицевого предлежания О 64.3 Затрудненные роды вследствие лобного предлежания О 64.4 Затрудненные роды вследствие предлежания плечиков О 64.5 Затрудненные роды вследствие комбинированного предлежания О 64.8 Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения и предлежания плода О 64.9 Затрудненные роды вследствие неправильного положения и предлежания плода неуточненного	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
О 65 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери О 65.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза О 65.1 Затрудненные роды вследствие	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы

<p>равномерно суженного таза О 65.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза О 65.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза О 65.4 Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного О 65.5 Затрудненные роды вследствие аномалии органов таза у матери О 65.8 Затрудненные роды вследствие других аномалий таза у матери О 65.9 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери неуточненной</p>				<p>Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>О 66 Другие виды затрудненных родов О 66.0 Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика О 66.1 Затрудненные роды вследствие сцепления [коллизии] близнецов О 66.2 Затрудненные роды вследствие необычно крупного плода О 66.3 Затрудненные роды вследствие других аномалий плода О 66.4 Неудачная попытка вызвать роды неуточненная О 66.5 Неудачная попытка применения вакуум-экстрактора и наложения щипцов неуточненная О 66.8</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

Другие уточненные виды затрудненных родов О 66.9 Затрудненные роды неуточненные				
<p>О 67 Роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением во время родов, не классифицированные в других рубриках О 67.0 Кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови О 67.8 Другие кровотечения во время родов О 67.9 Кровотечение во время родов неуточненное</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>О 68 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода [дистресс] <i>Включен:</i> дистресс плода во время родов или родоразрешения, вызванный введением лекарственных препаратов О 68.0 Роды, осложнившиеся изменениями частоты сердечных осложнений плода О 68.1 Роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость О 68.2 Роды, осложнившиеся изменениями частоты сердечных осложнений плода с</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Витаминотерапия Метаболическая терапия Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

<p>выходом мекония в амниотическую жидкость О 68.3 Роды, осложнившиеся появлением биохимических признаков стресса плода О 68.8 Роды, осложнившиеся появлением других признаков стресса плода О 68.9 Роды, осложнившиеся стрессом плода неуточненным</p>				
1	2	3	4	5
<p>О 69 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины О 69.0 Роды, осложнившиеся выпадением пуповины О 69.1 Роды, осложнившиеся обвитием пуповины вокруг шеи со сдавлением О 69.2 Роды, осложнившиеся запутыванием пуповины О 69.3 Роды, осложнившиеся короткой пуповиной О 69.4 Роды, осложнившиеся</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Витаминотерапия Метаболическая терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В</p>

предлежанием сосуда [vasa praevia] O 69.5 Роды, осложнившиеся повреждением сосудов пуповины O 69.8 Роды, осложнившиеся другими патологическими состояниями пуповины O 69.9 Роды, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины неуточненным				
O 70 Разрывы промежности при родоразрешении Включена: эпизиотомия, продолженная разрывом O 70.0 Разрыв промежности первой степени в процессе родоразрешения O 70.1 Разрыв промежности второй степени в процессе родоразрешения	Рубрика А	Обработка послеоперационных швов	Проводится в послеродовом периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Рубрика Б Ушивание разрыва промежности Рубрика В
1	2	3	4	5
O 70.2 Разрыв промежности третьей степени в процессе родоразрешения O 70.3 Разрыв промежности четвертой степени в процессе родоразрешения O 70.9 Разрыв промежности в процессе родоразрешения неуточненный	Рубрика АА	Обработка послеоперационных швов	Проводится в послеродовом периоде	Рубрика Б Ушивание разрыва промежности и прямой кишки Рубрика В
O 71 Другие акушерские травмы O 71.0 Разрыв матки до начала родов	Направление на стационарное лечение	Не проводится	Не проводится	Рубрика Б Родоразрешение Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
O 71.1 Разрыв матки во время родов	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика Б Родоразрешение Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный

				доступ: лапаротомный Рубрика В
О 71.2 Послеродовый выворот матки	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика Б Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
О 71.3 Акушерский разрыв шейки матки О 71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика Б Ушивание разрыва шейки матки или влагалища Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
О 71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов О 71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок О 71.7 Акушерская гематома таза О 71.8 Другие уточненные акушерские травмы О 71.9 Акушерская травма неуточненная	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика Б Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Восстановление целостности поврежденных органов Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
1	2	3	4	5
О 72 Послеродовое кровотечение Включено: кровотечение после рождения плода или ребенка О 72.0 Кровотечение в третьем периоде родов О 72.1 Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде О 72.2 Позднее или вторичное послеродовое кровотечение О 72.3 Послеродовая(ой) коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Утеротоники Антимикробная терапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Перевязка подчревных артерий Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
О 73 Задержка плаценты и плодных оболочек	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Утеротоники Рубрика Б Акушерские пособия

<p>без кровотечения О 73.0 Задержка плаценты без кровотечения О 73.1 Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения</p>				Рубрика В
<p>О 74 Осложнения, связанные с проведением анестезии во время родов и родоразрешения Включены: осложнения у матери, вызванные применением средств для общей или местной анестезии, болеутоляющих или других седативных препаратов во время родов и родоразрешения О 74.0 Аспирационный пневмонит вследствие анестезии во время процесса родов и родоразрешения О 74.1 Другие осложнения со стороны легких вследствие анестезии во время родов и родоразрешения О 74.2 Осложнения со стороны сердца вследствие анестезии во время родов и родоразрешения О 74.3 Осложнения со стороны центральной нервной системы вследствие анестезии во время родов и родоразрешения О 74.4 Токсическая реакция на местную анестезию во время родов и родоразрешения О 74.5 Головные боли, связанные с проведением спинномозговой и эпидуральной анестезии во время родов и родоразрешения О 74.6 Другие осложнения спинномозговой и эпидуральной анестезии во время родов и родоразрешения О 74.7 Неудачная попытка или трудности при интубации во время родов и родоразрешения О 74.8 Другие</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Проводится анестезиологом

осложнения анестезии во время родов и родоразрешения О 74.9 Осложнение анестезии во время родов и родоразрешения неуточненное				
О 75 Другие осложнения родов и родоразрешения, не классифицированные в других рубриках О 75.0 Дистресс матери во время родов и родоразрешения О 75.1 Шок во время родов и родоразрешения	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Антимикробная терапия Гормоны коры надпочечников Анальгетики Спазмолитики Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
О 75.2 Гипертермия во время родов, не классифицированная в других рубриках О 75.3 Другие инфекции во время родов	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Антимикробная терапия Гормоны коры надпочечников Анальгетики Спазмолитики Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы
1	2	3	4	5
О 75.4 Другие осложнения, вызванные акушерским оперативным вмешательством и другими процедурами О 75.5 Задержка родов после искусственного разрыва плодных оболочек О 75.6 Задержка родов после самопроизвольного или неуточненного разрыва плодных оболочек	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Антимикробная терапия Гормоны коры надпочечников Анальгетики Спазмолитики Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
О 75.7 Роды через влагалище после предшествующего кесарева сечения О 75.8	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Анальгетики Спазмолитики

Другие уточненные осложнения родов и родоразрешения О 75.9 Осложнение родов неуточненное				Простагландины Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
О 80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение <i>Включены:</i> случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее нормальные роды О 80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании О 80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании О 80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды О 80.9 Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Простагландины Рубрика Б Родоразрешение Акушерские пособия Рубрика В
1	2	3	4	5
О 81 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора О 81.0 Наложение низких [выходных] щипцов О 81.1 Наложение средних [полостных] щипцов О 81.2 Наложение средних [полостных] щипцов с поворотом О 81.3 Наложение других и неуточненных щипцов О 81.4 Применение вакуум-экстрактора О 81.5 Родоразрешение с комбинированным применением щипцов и вакуум-экстрактора	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Антимикробная терапия Анальгетики Спазмолитики Рубрика Б Родоразрешение Акушерские пособия Рубрика В
О 82 Роды одноплодные, родоразрешение	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Рубрика АА Антимикробная терапия

<p>посредством кесарева сечения О 82.0 Проведение elective кесарева сечения О 82.1 Проведение срочного кесарева сечения О 82.2 Проведение кесарева сечения с гистерэктомией О 82.8 Другие одноплодные роды путем кесарева сечения О 82.9 Роды путем кесарева сечения неуточненного</p>				<p>Утеротоники Рубрика Б Родоразрешение Надвлагалищная ампутация матки Экстирпация матки Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В</p>
<p>О 83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия О 83.0 Извлечение плода за тазовый конец О 83.1 Другое акушерское пособие при родоразрешении в тазовом предлежании О 83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями [ручными приемами]</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Рубрика Б Родоразрешение Акушерские пособия Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>О 83.3 Родоразрешение живым ребенком при абдоминальной беременности</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Рубрика Б Родоразрешение Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В</p>
<p>О 83.4 Деструктивная операция при родоразрешении</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Рубрика Б Родоразрешение Деструктивная операция Рубрика В</p>
<p>О 83.8 Другие уточненные виды акушерского пособия при одноплодных родах О 83.9 Акушерское пособие при одноплодных родах неуточненное</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Утеротоники Анальгетики Спазмолитики Рубрика Б Родоразрешение Акушерские пособия Рубрика В</p>
<p>О 84 Роды многоплодные О 84.0 <i>При необходимости</i></p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография</p>

<p>идентифицировать способ родоразрешения каждым плодом или ребенком используют дополнительный код (O 80 – O 83)</p> <p>Роды многоплодные, полностью самопроизвольные O 84.1</p> <p>Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора O 84.2</p> <p>Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения O 84.8</p> <p>Другое родоразрешение при многоплодных родах O 84.9</p> <p>Роды многоплодные неуточненные</p>				<p>Утеротоники Антимикробная терапия Анальгетики Спазмолитики Простагландины Рубрика Б Родоразрешение Акушерские пособия Рубрика В</p>
<p>1</p> <p>В рубрики O 88.-, O 91.- и O 92.- включены перечисленные ниже состояния, даже если они возникают во время беременности и родов O 85 Послеродовой сепсис При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B 95 – B 97)</p>	<p>2</p> <p>Не проводится</p>	<p>3</p> <p>Не проводится</p>	<p>4</p> <p>Не проводится</p>	<p>5</p> <p>Рубрика AA Дополнительные виды обследования: Диурез ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса) Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Утеротоники Антигистамины Иммуномодуляторы Антикоагулянты Антиоксиданты Блокаторы</p>

				простагландинов Глюкокортикоиды Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Плазмоферез Гемодиализ Рубрика Б Виды операций: Выскабливание полости матки Экстирпация матки с придатками с дренированием брюшной полости Задняя кольпотомия с дренированием брюшной полости Оперативный доступ: лапаротомный Рубрика В
1	2	3	4	5
О 86 Другие послеродовые инфекции О 86.0 Инфекция хирургической акушерской раны О 86.1 Другие инфекции половых путей после родов	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Обработка раны антисептиками Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы	Ежедневно до клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Обработка раны антисептиками Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Глюкокортикоиды Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Виды операций:

				Хирургическая обработка раны с иссечением некротических тканей Дренирование раны Наложение вторичных швов Рубрика В
О 86.2 Инфекции мочевых путей после родов О 86.3 Другие инфекции мочевых путей после родов	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко ЭКГ УЗИ почек УЗИ печени Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Исследование иммунологической реактивности Осмотр уролога Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Уроантисептики Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы	Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр уролога Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Уроантисептики Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Глюкокортикоиды Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Виды операций: Проводятся урологом Рубрика В
1	2	3	4	5
О 86.4 Гипертермия неясного происхождения, возникшая после родов О 86.8 Другие уточненные послеродовые инфекции	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Осмотр уролога Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы	В зависимости от характера выявленной патологии	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Анализ мочи по Нечипоренко Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Осмотр уролога Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Глюкокортикоиды Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б

				Виды операций: В зависимости от выявленной патологии Рубрика В
О 87 Венозные осложнения в послеродовом периоде <i>Включены:</i> во время родов, родоразрешения и в послеродовом периоде О 87.0 Поверхностный тромбофлебит в послеродовом периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Антиагреганты Спазмолитики Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия	Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Антибактериальная терапия Антиагреганты Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Тугое бинтование Физиотерапия
О 87.1 Глубокий флеботромбоз в послеродовом периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Анальгетики Антиагреганты Спазмолитики Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы	Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Антибактериальная терапия Антиагреганты Антигистамины Ангиопротекторы Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Тугое бинтование Физиотерапия Рубрика Б Виды операций: Определяются хирургом Рубрика В
1	2	3	4	5
О 87.2 Геморрой в послеродовом периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга	Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Слабительные средства Мазевые аппликации	Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления	Не проводится
О 87.3 Тромбоз церебральных вен в послеродовом периоде	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Определяется хирургом
О 87.8 Другие венозные осложнения в послеродовом периоде О 87.9 Венозное осложнение в послеродовом периоде неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Протромбин Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга	Антибактериальная терапия Антиагреганты Спазмолитики Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия	Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления	Не проводится
О 88 Акушерская эмболия <i>Включена:</i> легочная эмболия во время	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Определяется анестезиологом- реаниматологом

<p>беременности, родов или в послеродовом периоде O 88.0 Акушерская воздушная эмболия O 88.1 Эмболия амниотической жидкостью O 88.2 Акушерская эмболия сгустками крови O 88.3 Акушерская пиемическая и септическая эмболия O 88.8 Другая акушерская эмболия</p>				
1	2	3	4	5
<p>O 89 Осложнения, связанные с проведением анестезии в послеродовом периоде Включены: осложнения у матери, вызванные применением средств для общей или местной анестезии, болеутоляющих или других седативных препаратов в послеродовом периоде</p> <p>O 89.0 Легочные осложнения вследствие анестезии в послеродовом периоде O 89.1 Осложнения со стороны сердца вследствие анестезии в послеродовом периоде O 89.2 Осложнения</p>	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Проводится анестезиологом

<p>со стороны центральной нервной системы вследствие анестезии в послеродовом периоде О 89.3 Токсическая реакция на местную анестезию в послеродовом периоде О 89.4 Головные боли, связанные с проведением спинномозговой и эпидуральной анестезии в послеродовом периоде О 89.5 Другие осложнения спинномозговой и эпидуральной анестезии в послеродовом периоде О 89.6 Неудачная попытка или трудности при интубации в послеродовом периоде О 89.8 Другие осложнения анестезии в послеродовом периоде О 89.9 Осложнение анестезии в послеродовом периоде неуточненное</p>				
1	2	3	4	5
<p>О 90 Осложнения в послеродовом периоде, не классифицированные в других рубриках О 90.0 Расхождение швов после кесарева сечения О 90.1 Расхождение швов промежности</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение</p>	<p>Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Обработка раны антисептиками Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы</p>	<p>Ежедневно до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Антибактериальная терапия Противокандидозная терапия Обработка раны антисептиками Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Глюкокортикоиды Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б</p>

				Виды операций: Наложение вторичных швов Рубрика В
О 90.2 Гематома акушерской хирургической раны	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Обработка раны антисептиками	Ежедневно до клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Антибактериальная терапия Обработка раны антисептиками Рубрика Б Виды операций: Опорожнение гематомы Наложение вторичных швов Рубрика В
О 90.3 Кардиомиопатия в послеродовом периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение	Назначается терапевтом	Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления	Проводится терапевтом
О 90.4 Послеродовая острая почечная недостаточность	Не проводится	Не проводится	Не проводится	Определяется анестезиологом-реаниматологом
О 90.5 Послеродовый тиреозидит	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ УЗИ щитовидной железы Осмотр терапевта Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение	Назначается эндокринологом	Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления	Проводится эндокринологом
1	2	3	4	5
О 90.8 Другие осложнения в послеродовом периоде, не классифицированные в других рубриках О 90.9 Осложнение в послеродовом периоде неуточненное	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение	В зависимости от выявленной патологии	В зависимости от выявленной патологии	В зависимости от выявленной патологии
О 91 Инфекции молочной железы, связанные с деторождением Включены: перечисленные состояния во время беременности, послеродового периода или лактации О 91.0 Инфекции соска, связанные с деторождением О 91.1	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Антибактериальная терапия Обработка антисептиками Антигистамины Иммуномодуляторы Витаминотерапия Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы	Ежедневно до клинического выздоровления	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Осмотр хирурга Антибактериальная терапия Обработка антисептиками Антигистамины Иммуномодуляторы Антиоксиданты Глюкокортикоиды Витаминотерапия

Абсцесс молочной железы, связанный с деторождением О 91.2 Негнойный мастит, связанный с деторождением				Плазмозамещающие растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Виды операций: Вскрытие и дренирование абсцесса Наложение вторичных швов Рубрика В
О 92 Другие изменения молочной железы и нарушения лактации, связанные с деторождением <i>Включены:</i> перечисленные состояния во время беременности, послеродового периода или лактации О 92.0 Втянутый сосок	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток	Использование накладок при кормлении новорожденного	Не проводится	Не проводится
О 92.1 Трещина соска, связанная с деторождением О 92.2 Другие и неуточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток	Антибактериальная терапия Обработка антисептиками Антигистамины Антиоксиданты Витаминотерапия Физиотерапия	Не проводится	Не проводится
1	2	3	4	5
О 92.3 Агалактия О 92.4 Гипоагалактия О 92.5 Слабая [подавленная] лактация	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазки на АК из шейки матки, цервикального канала и заднего свода влагалища Мазок-отпечаток	Рациональное питание Витаминотерапия Гормонотерапия Физиотерапия	Не проводится	Не проводится
О 92.6 Галакторея О 92.7 Другие и неуточненные нарушения лактации	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Мазок-отпечаток	Рациональное питание Витаминотерапия Парлодел Достинекс Физиотерапия	Не проводится	Не проводится
При использовании рубрик О 95 – О 97 следует руководствоваться правилами кодирования смертности О 95 Акушерская смерть по неуточненной причине О 96 Смерть матери от любой акушерской				

<p>причины спустя более 42 дней, но не менее одного года после родов О 97 Смерть матери от последствий прямых акушерских причин</p>				
<p>О 98 Инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период Включены: Перечисленные состояния, осложняющие беременность, отягощенные беременностью или являющиеся показанием для акушерской помощи При необходимости идентифицировать конкретное состояние используют дополнительный код (класс I) О 98.0 Туберкулез, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр фтизиатра Направление на стационарное лечение</p>	<p>Назначается фтизиатром</p>	<p>Проводится фтизиатром</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр фтизиатра Лечение назначается фтизиатром Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>
1	2	3	4	5
<p>О 98.1 Сифилис, осложняющий беременность, или деторождение или послеродовой период О 98.2 Гонорея, осложняющая беременность, деторождение или послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр дерматовенеролога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Назначается дерматовенерологом</p>	<p>Проводится дерматовенерологом</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр дерматовенеролога Лечение назначается дерматовенерологом Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 98.3 Другие инфекции, передающиеся половым путем, осложняющие беременность, или послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции</p>	<p>Антибактериальная терапия в зависимости от возбудителя</p>	<p>До клинического выздоровления</p>	<p>Не проводится</p>

	Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр дерматовенеролога Направление на стационарное лечение			
О 98.4 Вирусный гепатит, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр инфекциониста Осмотр гепатолога Направление на стационарное лечение	Назначается инфекционистом	Проводится инфекционистом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр инфекциониста Осмотр гепатолога Лечение назначается инфекционистом Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
1	2	3	4	5
О 98.5 Другие вирусные болезни, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр инфекциониста Направление на стационарное лечение	Назначается инфекционистом	Проводится инфекционистом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр инфекциониста Лечение назначается инфекционистом Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В
О 98.6 Протозойные инфекции, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз,	Назначается инфекционистом	Проводится инфекционистом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр инфекциониста Лечение назначается инфекционистом

<p>О 98.8 Другие инфекционные и паразитарные болезни матери, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период</p> <p>О 98.9 Инфекционные и паразитарные болезни матери, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период, неуточненные</p>	<p>гартнереллез, герпес) Обследование на TORCH-инфекции ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса) Бакпосев Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр инфекциониста Направление на стационарное лечение</p>			<p>Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 99 Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О 99.0 Анемия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О 99.1 Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: ЭКГ Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр терапевта Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебное питание Препараты железа Витаминотерапия</p>	<p>Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр терапевта Лечебное питание Препараты железа Витаминотерапия Гемотрансфузия</p>
1	2	3	4	5
<p>О 99.2 Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Исследование иммунологической реактивности УЗИ щитовидной железы Кардиотахография Осмотр эндокринолога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Назначается эндокринологом</p>	<p>Наблюдение терапевтом женской консультации еженедельно до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: УЗИ щитовидной железы Исследование иммунологической реактивности Кардиотахография Осмотр эндокринолога Лечение назначается эндокринологом Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>
<p>О 99.3 Психические расстройства и болезни нервной системы, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Осмотр психиатра Направление на стационарное лечение</p>	<p>Назначается психиатром</p>	<p>Наблюдение психиатром</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Кардиотахография Осмотр психиатра Лечение назначается психиатром Рубрика Б Прерывание беременности Родоразрешение Рубрика В</p>

<p>О 99.4</p> <p>Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О 99.5</p> <p>Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p> <p>99.6</p> <p>Болезни органов пищеварения, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Назначается терапевтом</p>	<p>Наблюдение терапевтом</p> <p>женской консультации</p> <p>еженедельно до клинического выздоровления</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Лечение назначается терапевтом</p> <p>Рубрика Б</p> <p>Прерывание беременности</p> <p>Родоразрешение</p> <p>Рубрика В</p>
<p>99.7</p> <p>Болезни кожи и подкожной клетчатки, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Осмотр дерматовенеролога</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Назначается дерматовенерологом</p>	<p>Проводится дермато-венерологом</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Осмотр дерматовенеролога</p> <p>Лечение назначается дерматовенерологом</p> <p>Рубрика Б</p> <p>Прерывание беременности</p> <p>Родоразрешение</p> <p>Рубрика В</p>
<p>О 99.8</p> <p>Другие уточненные болезни и состояния, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Осмотр терапевта</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечение в зависимости от выявленной патологии</p>	<p>В зависимости от выявленной патологии</p>	<p>Лечение в зависимости от выявленной патологии</p>
1	2	3	4	5
<p>Р 20</p> <p>Внутриутробная гипоксия</p> <p>Включены:</p> <p>нарушения частоты сердцебиения у плода</p> <p>плодный(ая) или внутриматочный(ая):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ацидоз</i> • <i>аноксия</i> • <i>асфиксия</i> • <i>дистресс</i> • <i>гипоксия</i> <p>меконий в околоплодных водах</p> <p>отхождение мекония</p> <p>Р 20.1</p> <p>Внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>ЭКГ</p> <p>Обследование на ИППП (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, гарднереллез, герпес)</p> <p>Обследование на TORCH-инфекции</p> <p>ПЦР-диагностика (вирус простого герпеса)</p> <p>Исследование иммунологической реактивности</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Направление на стационарное лечение</p>	<p>Лечебно-охранительный режим</p> <p>Антимикробная терапия</p> <p>Витаминотерапия</p> <p>Антиагреганты</p> <p>Метаболическая терапия</p>	<p>Еженедельно</p>	<p>Рубрика АА</p> <p>Дополнительные виды обследования:</p> <p>Кардиотахография</p> <p>Лечебно-охранительный режим</p> <p>Антимикробная терапия</p> <p>Витаминотерапия</p> <p>Антиагреганты</p> <p>Метаболическая терапия</p> <p>Плазмозамещающие растворы</p> <p>Дезинтокационные растворы</p> <p>Рубрика Б</p> <p>Родоразрешение</p> <p>Рубрика В</p>
<p>Р 20.1</p> <p>Внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная во время родов и</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Не проводится</p>	<p>Витаминотерапия</p> <p>Антиагреганты</p> <p>Метаболическая терапия</p> <p>Плазмозамещающие</p>

родоразрешения Р 20.9 Внутриутробная гипоксия неуточненная				растворы Дезинтокационные растворы Рубрика Б Родоразрешение Рубрика В
Q 50 Врожденные аномалии [пороки развития] яичников, фаллопиевых труб и широких связок Q 50.0 Врожденное отсутствие яичника	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Антропометрия УЗИ молочных желез R-графия (краниография) Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Антропометрия УЗИ молочных желез R-графия (краниография) Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Рубрика В
Q 50.1 Кистозная аномалия развития яичника	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Антропометрия УЗИ молочных желез R-графия (краниография) Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Антропометрия УЗИ молочных желез R-графия (краниография) Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Резекция яичника Овариэктомия Рубрика В
Q 50.2 Врожденный перекрут яичника Q 50.3 Д Другие врожденные аномалии яичника	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится детским гинекологом или гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Овариэктомия Аднекэктомия Рубрика В
Q 50.4 Эмбриональная киста фаллопиевой трубы Q 50.5 Эмбриональная киста широкой связки Q 50.6 Другие врожденные аномалии фаллопиевой трубы и широкой связки	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: УЗИ органов малого таза Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: УЗИ органов малого таза Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Цистэктомия Аднекэктомия Рубрика В
1	2	3	4	5
Q 51 Врожденные аномалии [пороки развития] тела и шейки матки Q 51.0 Агенезия и аплазия матки	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Экстирпация матки Рубрика В
Q 51.1 Удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища Q 51.2 Другие удвоения матки Q 51.3 Двуорогая матка Q 51.4 Однорогая матка	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Удаление рога матки Пластика влагалища и шейки матки Экстирпация матки Рубрика В
Q 51.5 Агенезия и аплазия шейки матки Q 51.6 Эмбриональная киста шейки матки	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные Рубрика Б Экстирпация матки Рубрика В
Q 51.7 Врожденный свищ	Рубрика АА Дополнительные	Витаминотерапия Заместительная	Проводится гинекологом-	Рубрика АА Дополнительные

между маткой и пищеварительным и мочевым трактами	виды обследования: Осмотр уролога Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	гормональная терапия	эндокринологом	виды обследования: Осмотр уролога Осмотр хирурга Рубрика Б Иссечение свища Пластика влагалища Рубрика В
Q 51.8 Другие врожденные аномалии тела и шейки матки Q 51.9 Врожденная аномалия тела и шейки матки неуточненная	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Рубрика Б Экстирпация матки Рубрика В
Q 52 Другие врожденные аномалии [пороки развития] женских половых органов Q 52.0 Врожденное отсутствие влагалища Q 52.1 Удвоение влагалища	Рубрика АА Осмотр уролога Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Рубрика Б Пластика влагалища Рубрика В
Q 52.2 Врожденный ректовагинальный свищ	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Рубрика Б Иссечение свища Пластика влагалища Рубрика В
Q 52.3 Девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Рубрика Б Пункция гематокольпоса Рассечение гимена Рубрика В
1	2	3	4	5
Q 52.4 Другие врожденные аномалии влагалища	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия Заместительная гормональная терапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Рубрика Б Пластика влагалища Рубрика В
Q 52.5 Сращение губ	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия	Проводится детским гинекологом	Рубрика АА Дополнительные Рубрика Б Рассечение синехий Рубрика В
Q 52.6 Врожденная аномалия клитора	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр уролога Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр уролога Рубрика Б Пластика Рубрика В
Q 52.7 Другие врожденные аномалии вульвы Q 52.8 Другие уточненные врожденные аномалии женских половых органов Q 52.9 Врожденная аномалия женских половых органов неуточненная	Рубрика АА Направление на стационарное лечение	Витаминотерапия	Проводится гинекологом-эндокринологом	Рубрика АА Дополнительные Рубрика Б В зависимости от выявленной патологии Рубрика В

<p>S 31 Открытая травма живота, нижней части спины и таза S 31.4 Открытая рана влагалища и вульвы S 31.5 Открытая рана других и неуточненных наружных половых органов</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение</p>	<p>Обработка швов Антимикробная терапия Витаминотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления в послеоперационном периоде</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Рубрика Б Ушивание раны Пластика влагалища и вульвы Рубрика В</p>
<p>S 37 Травма тазовых органов S 37.4 Травма яичника S 37.5 Травма маточной [фаллопиевой] трубы</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение</p>	<p>Обработка швов Антимикробная терапия Витаминотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления в послеоперационном периоде</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Резекция яичника Овариэктомия Аднекэктомия Рубрика В Оперативный доступ: Лапаротомный или лапароскопический</p>
1	2	3	4	5
<p>S 37.6 Травма матки</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение</p>	<p>Обработка швов Антимикробная терапия Витаминотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления в послеоперационном периоде</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Резекция яичника Овариэктомия Аднекэктомия Надвлагалищная ампутиация матки Экстирпация матки Рубрика В Оперативный доступ: Лапаротомный или лапароскопический</p>
<p>S 37.7 Травма нескольких тазовых органов S 37.8 Травма других тазовых органов S 37.9 Травма неуточненного тазового органа</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Осмотр уролога Направление на стационарное лечение</p>	<p>Обработка швов Антимикробная терапия Витаминотерапия</p>	<p>До клинического выздоровления в послеоперационном периоде</p>	<p>Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Осмотр уролога Рубрика Б Диагностическая лапароскопия Надвлагалищная ампутиация матки Экстирпация матки</p>

				Рубрика В Оперативный доступ: Лапаротомный или лапароскопический
S 38 Размозжение и травматическая ампутация части живота, нижней части спины и таза S 38.2 Травматическая ампутация наружных половых органов	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Направление на стационарное лечение	Обработка швов Антимикробная терапия Витаминотерапия	До клинического выздоровление в после- операционном периоде	Рубрика АА Дополнительные виды обследования: Осмотр хирурга Рубрика Б Ушивание раны Пластика влагалища и вульвы Рубрика В

**Лекарственные средства, рекомендуемые к применению
в акушерско-гинекологической практике в Гродненской области**

Название	Состав	Фармакологическое действие	Показания к применению
Антеовин Табл. №63	Левоноргестрел этинилэстрадиол	Эстроген-гестагенное, контрацептивное.	<ul style="list-style-type: none"> • Контрацепция • Функциональные нарушения менструального цикла (в т.ч. боли, дисменорея)
Ардуан Флак. №25	Пипекуроний бромид – 4мг	Недеполяризующий миорелаксант.	<ul style="list-style-type: none"> • Релаксация скелетной мускулатуры при хирургических вмешательствах различного типа • Как вспомогательное средство при проведении общей анестезии
Бромокриптин-Рихтер Табл. №30	Бромокриптин мезилат – 2,5мг	допаминомиметик	<ul style="list-style-type: none"> • Женское бесплодие, нарушение менструального цикла, микро- и макроаденомы гипофиза • Прекращение лактации, лечение паркинсонизма, акромегалии, некоторых заболеваний молочных желез
Гепарин – Рихтер Флак. 5мл	Гепарин натрий – 25000 МЕ/мл	Антикоагулянт прямого действия	<ul style="list-style-type: none"> • Тромбозы, тромбоэмболии • Синдром десеминированного внутрисосудистого свертывания крови • Послеоперационный период у больных с тромбоэмболиями в анамнезе • Переливание крови
Гордокс Амп. 10мл №10, Флак. 50мл №10	Апротинин 100000ИЕ/10мл 500000ИЕ/50мл	Ингибитор фибринолиза	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение первичных фибринолитических кровотечений и коагулопатий, характеризующихся вторичным фибринолизом, ангионевротического отека, тяжелых форм различных видов шока • Профилактика послеоперационных легочных эмболий и кровотечений • Лечение панкреатита
Декарис Табл. №1, №2	Левамизола гидрохлорид 50мг, 150мг	Стимулирует функцию клеток иммунной системы (Т-лимфоцитов, фагоцитирующих моноклеаров).	<ul style="list-style-type: none"> • Иммунодефицитные состояния • Злокачественные опухоли молочных желез (после удаления основной массы опухоли хирургическим, лучевым или химиотерапевтическим путем)

Доналгин Капс. №10, №30	Нифлумовая кислота – 250мг	Противовоспалительное, обезболивающее, жаропонижающее.	<ul style="list-style-type: none"> • Состояния после акушерско-гинекологических вмешательств • Введение и удаление внутриматочной противозачаточной спирали • Аднексит, параметрит
Дроперидол Флак. 10мл №50	Дегидробензперидол – 25мг	Нейролептик.	<ul style="list-style-type: none"> • Нейролептаналгезия, психомоторное возбуждение в послеоперационном периоде • Лечение шока
Кавинтон Табл. №50 Ампл. 2мл №10	Винпоцетин – 5мг/табл. 10мг/2мл	Улучшает мозговое кровообращение, церебральный метаболизм и реологические свойства крови. Обладает нейропротективным, церебропротективным эффектом.	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение вегето-сосудистых, психо-эмоциональных симптомов климактерического синдрома (в комплексной терапии) • Профилактика гипоксии плода
Калипсол Ампл. 10мл №5	Кетамин гидрохлорид – 500мг	Неингаляционный (в/в) наркоз быстрого и непродолжительного действия.	<ul style="list-style-type: none"> • Вводный и базисный наркоз при кратковременных хирургических вмешательствах.
Квамател Флак. №5	Фамотидин – 20мг	Подавляет продукцию соляной кислоты, как базальную, так и стимулированную гатрином, гистамином и ацетилхолином. Снижает активность пепсина.	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика и лечение желудочных кровотечений у критически больных пациентов (например, черепно-мозговая травма и политравма) • Хирургические вмешательства, ожоги, шок различного генеза • Предупреждение аспирации желудочного сока при общей анестезии (синдром Мендельсона).
Клион Флак. 100мл Табл. №20	Метронидазол – 500мг/100мл 250мг/табл.	Противопротозойное, антибактериальное.	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение заболеваний, вызванных анаэробными бактериями и простейшими: <ul style="list-style-type: none"> - язвенный стоматит - трихомоноз - лямблиоз - амёбная дизентерия - внекишечный амёбиаз • Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений
Клион Д 100 Вагин. табл. №10	Метронидазол – 100мг Миконазола нитрат – 100мг	Противомикробное, противопротозойное.	<ul style="list-style-type: none"> • Трихомоноз женских мочеполовых органов • Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений, вызванных анаэробной флорой после операций на органах малого таза.
Куриозин Гель 15г. Раствор – 10мл	Гиалуронат цинка 15,4мг/15г геля 20,5мг/10мл р-ра	Противомикробное и улучшающее регенерацию тканей.	<ul style="list-style-type: none"> • Раствор: <ul style="list-style-type: none"> - лечение ран кожи и мягких тканей с целью ускорения их заживления - лечение плохо заживающих, инфицированных ран, язв, свищей • Гель: <ul style="list-style-type: none"> - обыкновенные угри (акне)
Микосист Капс. №1, №7, №28	Флуконазол 50мг, 100мг, 150мг/капс.	Противогрибковый препарат, производное бистриазола	<ul style="list-style-type: none"> • Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз

Флак. №1, №10	200мг/100мл р-ра		<ul style="list-style-type: none"> Урогенитальный кандидоз (острый и хронический рецидивирующий вагинальный кандидоз, профилактика рецидивов вагинального кандидоза /3 и более эпизодов в год).
Микро-фоллин Табл. №10	Этинилэстрадиол – 0,05мг	Эстрогенное.	<ul style="list-style-type: none"> Аменорея, олигоменорея, дисменорея, меноррагии, метроррагии Гипофункция яичников Прекращение лактации Акне Климактерический синдром
Новинет Табл. №21, №63	Этинилэстрадиол – 0,02мг Дезогестрел – 0,15мг	Микродозированный монофазный гормональный контрацептивный препарат для приема внутрь.	<ul style="list-style-type: none"> Контрацепция: <ul style="list-style-type: none"> юным женщинам впервые начинающим прием оральных контрацептивов молодым нерожавшим женщинам с проблемной кожей (акне, себорея, гирсутизм, алопеция) женщинам после 35-40 лет Функциональные расстройства менструального цикла (в том числе и при гиперандрогенных состояниях) Предменструальный синдром Неконтрацептивные эффекты при гинекологической патологии: <ul style="list-style-type: none"> дисменорея дисфункциональные маточные кровотечения железисто-кистозная гиперплазия эндометрия мастопатия миома матки функциональные кисты яичников <p>- эндометриоз</p>
Норколут Табл. №20	Норэтистерон – 5мг	Прогестагенное.	<ul style="list-style-type: none"> Предменструальный синдром Дисменорея с сокращением секреторной фазы Дисфункциональные маточные кровотечения Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия Эндометриоз Миома матки Масталгия Предотвращение и прекращение лактации Контрацепция Климактерический синдром
Овидон Табл. №21	Левоноргестрел – 0,25мг Этинилэстрадиол – 0,05мг	Контрацептивное, эстроген-гестагенное средство.	<ul style="list-style-type: none"> Контрацепция Функциональные расстройства менструального цикла Функциональные кисты яичников
Окситоцин Ампл. 1мл №5	Синтетический окситоцин – 5МЕ/мл	Стимулирует гладкую мускулатуру матки, повышает сократительную активность и тонус миометрия.	<ul style="list-style-type: none"> Индукция родов Стимуляция родовой деятельности Кесарево сечение (во время проведения операции) Атония матки и атонические

			<p>маточные кровотечения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Неполный или септический аборт
Паузогест Табл. №28, №64	Эстрадиол – 2мг Норэтистерона ацетат – 1мг	Купирует климактерические эстрогензависимые симптомы в период постменопаузы.	<ul style="list-style-type: none"> • Заместительная гормональная терапия в постменопаузальном периоде • Профилактика и лечение постменопаузального остеопороза
Постинор Табл. №2, №4	Левоноргестрел – 0,75мг	Посткоитальный гормональный контрацептив для приема внутрь с выраженными гестагенным и антиэстрогенным свойствами.	<ul style="list-style-type: none"> • Экстренная контрацепция после полового контакта (в т.ч. при незащищенном половом контакте, при нарушении целостности мужского презерватива) у женщин с регулярным менструальным циклом.
Предни-золон Ампл. 1мл №3	Мазипредона гидрохлорид – 30мг/мл	Противошоковое, противоаллергическое, противовоспалительное.	<ul style="list-style-type: none"> • Шок, тяжелые аллергические реакции
Регулон Табл. №21, №63	Этинилэстрадиол – 0,03мг Дезогестрел – 0,15мг	Низкодозированный монофазный гормональный контрацептивный препарат для приема внутрь.	<ul style="list-style-type: none"> • Контрацепция: <ul style="list-style-type: none"> - для рожавших женщин в возрасте до 35-40 лет - в постабортном периоде • Функциональные нарушения менструального цикла (в том числе и при гиперандрогенных состояниях) • Предменструальный синдром • Неконтрацептивные эффекты при гинекологической патологии: <ul style="list-style-type: none"> - дисменорея - регуляция менструального цикла - гиперандрогения (угревая сыпь, акне, гирсутизм, алопеция) - дисфункциональные маточные кровотечения - железисто-кистозная гиперплазия эндометрия - мастопатия - миома матки - функциональные кисты яичников <p>- эндометриоз</p>
Ретаболил Ампл. 1мл №1	Нандролон деканоат – 50мг/мл	Анаболическое средство.	<ul style="list-style-type: none"> • Рак молочной железы у женщин(кахексия), остеопороз, дистрофические процессы, вспомогательное лечение при инфекциях.
Ригевидон Табл. №21, №21+7	Этинилэстрадиол – 0,03мг Левоноргестрел – 9,15мг	Монофазный пероральный контрацептивный препарат, содержащий комбинацию эстрогена и гестагена.	<ul style="list-style-type: none"> • Контрацепция • Функциональные расстройства менструального цикла
Седуксен Табл. №20 Ампл 2мл №5	Диазепам – 5мг/табл. 10мг/2мл	Транквилизатор, производное бенздиазепина.	<ul style="list-style-type: none"> • Премедикация перед хирургическими и лечебно-диагностическими вмешательствами, эклампсия, климактерический период
Триаклим Табл. №28, №64	Эстрадиол, Норэтистерона ацетат	Монофазный эстроген-гестагенный препарат.	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение климактерического синдрома, связанного с недостаточностью эстрогенов, предупреждение постменопаузального остеопороза.
Три-регол Табл. №21, №63,	Левоноргестрел Этинилэстрадиол	Комбинированный трехфазный гормональный контрацептив для приема	<ul style="list-style-type: none"> • Контрацепция • Расстройства менструального цикла • Выраженный предменструальный

№21+7, №3x21+7		внутри	<p>синдром</p> <ul style="list-style-type: none"> • Неконтрацептивные эффекты при гинекологической патологии: <ul style="list-style-type: none"> - гипоплазия матки - дисменорея - псевдоэрозия шейки матки (у нерожавших)
Туринал Табл. №20	Аллилэстренол – 5мг	Прогестагенное.	<ul style="list-style-type: none"> • Привычный и угрожающий выкидыш • Угроза преждевременных родов
Эстримакс Табл. №28, №64	Эстрадиол – 2мг	Препарат эстрогенного гормона эстрадиола.	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение симптомов климактерического синдрома, связанного с недостаточностью эстрогенов • Предупреждение постменопаузального остеопороза

ГЛАВА 4. СТАНДАРТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Одной из важнейших функций нормальной микрофлоры является обеспечение колонизационной резистентности (совместно с иммунной системой), отвечающей за оптимальное количественное соотношение микробных ассоциантов, определяющих нормальную микрофлору каждого биотопа.

Как и другие микроценозы, вагинальный микроценоз у женщин репродуктивного возраста в норме состоит из постоянно обитающих микроорганизмов (индигенная, автохтонная микрофлора) и транзиторных (аллохтонная, случайная микрофлора). Индигенная микрофлора доминирует по численности популяции, хотя количество видов, представляющих ее, невелико в отличие от видового разнообразия транзиторных микроорганизмов, общая численность которых в норме не превышает 3-5 % от всего пула, составляющего микроценоз. Состояние колониерезистентности влагалища связывают именно с резидентной микрофлорой, которая у женщин репродуктивного возраста представлена обширной группой лактобацилл. Благодаря специфической адгезии на эпителиальных клетках образуется биопленка, состоящая из микроколоний лактобацилл, окруженных продуктами их метаболизма, - гликокаликсом [105].

Нормальное существование индигенной микрофлоры обеспечивает (по данным В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович (2000):

1. конкурирование микроорганизмов за пищевые субстраты;
2. блокирование рецепторов адгезии для чужеродных микроорганизмов;
3. стимуляция подвижности и процессов регенерации эпителия слизистой на поверхности ворсин;
4. продукция антимикробных веществ (короткоцепочечных жирных кислот, перекисей, бактериоцинов, лизоцима и др.);
5. детоксикация ксенобиотиков за счёт их адсорбции или биотрансформации;
6. индукция перекрёстных иммунных реакций в отношении патогенных микроорганизмов, активаторов фагоцитарной и ферментативной активности [19].

Старые представления о микрофлоре влагалища, бытующие со времен Дедерлейна, как однородной и постоянной, в настоящее время кардинально пересматриваются, что связано с современными методическими возможностями культивирования микроорганизмов. Результаты современных исследований позволяют характеризовать вагинальную микроэкосистему как весьма динамичную и многокомпонентную по видовому составу. Строгая эстрогензависимость является ее отличительной особенностью и объясняет динамическую изменчивость в разные

периоды жизни женщины (детский возраст, половое созревание, репродуктивный период, постменопауза) и на протяжении менструального цикла в репродуктивном возрасте [208].

Расшифровка, понимание механизмов, обеспечивающих физиологическую роль индигенной микрофлоры влагалища, открывают пути к профилактике различных патологических состояний.

Среди транзиторных микроорганизмов влагалища чаще других выделяются коагулазоотрицательные стафилококки, в первую очередь *Staphylococcus epidermidis*. Кроме того, *Corynebacterium spp.*, *Bacteroides - Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, которые обычно присутствуют в умеренном количестве (до 4 lg КОЕ/мл). Столь же часто, но в меньшем количестве встречаются *Micrococcus spp.*, *Propionibacterium spp.*, *Veilonella spp.*, *Eubacterium spp.* Сравнительно редко (менее чем у 10% обследованных) обнаруживают *Clostridium spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Actinomyces spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Ureaplasma urealyticum*, *Staphylococcus aureus*, *Neisseria spp.*, *E. coli* и другие колиформные бактерии, *Mycoplasma fermentans*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida spp.*

Как видно из приведенного перечня, видовое разнообразие вагинальной микрофлоры велико, а возможные сочетания микроорганизмов столь многочисленны, что можно говорить лишь о некоторых общих тенденциях. Так, большинство исследователей считают, что у здоровых женщин кроме лактобацилл чаще всего во влагалище обнаруживают непатогенные коринебактерии и коагулазоотрицательные стафилококки - у 60-80% обследованных. Способность вырабатывать каталазу помогает выживанию коринебактерий в создаваемой лактобациллами перекисной среде [4].

В популяции облигатно-анаэробных бактерий обращают внимание в первую очередь на группу бактероидов, превотелл и пептострептококков (*Bacteroides - Prevotella*), которые встречаются в низких титрах у 55% здоровых женщин [16]. Одним из основных метаболических признаков бактероидов, представляющих фенотип грамотрицательных облигатных бацилл, является синтез янтарной кислоты в результате брожения глюкозы.

Во влагалищной среде могут присутствовать не менее 61 фенотипа микроорганизмов, но их набор остается относительно постоянным, если женщина остается здоровой на протяжении значительного времени. Наиболее частыми представителями нормальной микрофлоры влагалища у женщин репродуктивного возраста помимо лактобацилл являются анаэробные грамотрицательные палочки рода фузобактерии и кокки рода вейлонелла. В верхних отделах влагалища доминируют лакто- и бифидобактерии. В цервикальном канале могут присутствовать эпидермальный стафилококк, пептострептококки и дифтероиды. В нижних отделах влагалища нормоценоз могут составить единичные энтерококки, стрептококки (зеленящие и группы В), бактероиды, непатогенные грамотрицательные кокки рода *Neisseria*, трепонемы, клебсиеллы, клостридии, микоплазмы и даже грибы рода кандиды [29].

Что касается изменений состава микрофлоры в зависимости от фазы менструального цикла, то можно отметить следующее. В первые дни цикла снижается редокс-потенциал тканей и увеличивается рН содержимого влагалища до 5,0 - 6,0. Это

связано с появлением большого числа дегенерированных клеток эндометрия и элементов крови. На этом фоне уменьшается общее количество лактобацилл и относительно увеличивается численность факультативно- и облигатно-анаэробных бактерий. После окончания менструального кровотечения популяция лактобацилл быстро восстанавливается и достигает максимального уровня в середине секреторной фазы, когда содержание гликогена в эпителии влагалища самое большое. Этот процесс сопровождается увеличением содержания молочной кислоты и снижением рН до 3,8 - 4,5. Во второй фазе менструального цикла абсолютно доминируют лактобациллы, а количество облигатных анаэробов и колиформных бактерий снижается. Приведенные данные дают основание полагать, что в первой (пролиферативной) фазе менструального цикла восприимчивость организма женщины к инфекции может возрасть [30]. Этот вывод подтверждается клиническими наблюдениями.

Для оценки микробиоценоза влагалища А.Ф. Maun Heurlein еще в 1910 году была предложена классификация степеней чистоты с учетом количества лактобацилл, лейкоцитов, эпителиальных клеток.

Согласно этой классификации нормальный физиологический микробиоценоз характеризуется присутствием слущенных клеток вагинального (цервикального или уретрального) эпителия, единичных в поле зрения лейкоцитов, умеренного количества слизи и доминированием среди бактерий крупных грамположительных палочек - лактобацилл. Это состояние с начала 20 столетия обозначают как I степень чистоты или R - I (R - Reinheit, от немецкого слова "чистота"). R - II, т.е. вторая степень чистоты характерна для женщин, отмечающих наличие белей негнойного характера. При микроскопии мазков у таких женщин видно умеренное количество клеток эпителия, 5 - 10 лейкоцитов в поле зрения, небольшое количество лактобацилл и разные морфологические типы бактерий - грамположительные и грамотрицательные палочки и кокки (так называемая смешанная микрофлора). Иногда лактобациллы совсем не видны, а количество смешанной микрофлоры велико, иногда видны извитые формы - вибрионы (*Mobiluncus*). При посеве определяется рост анаэробных бесспорных палочек и кокков, генитальных микоплазм (*M. hominis*, *U. urealyticum*). В резко выраженной форме эта картина микробиоценоза соответствует диагнозу БВ. R - III, т.е. третья степень чистоты или третья картина микробиоценоза, клинически проявляет себя наличием гнойных влагалищных выделений. В мазках-препаратах все поле зрения занято большим количеством дегенерированных лейкоцитов и разнообразных морфотипов бактерий с преобладанием грамположительных кокков [239].

В настоящее время очевидны условность и недостаточная информативность вышеприведенной классификации. Так, само понятие "степень чистоты" имеет силу только для I степени - физиологического состояния микроэкологии влагалища здоровой женщины. При III и IV степенях, характеризующихся наличием гнойных выделений с весьма пестрой микрофлорой, совершенно нелогично использовать термин "степень чистоты". Правильнее было бы в подобных случаях указывать не степень чистоты, а "степень загрязнения". Следовательно, с современных позиций концепция А.Ф.М. Heurlein неприемлема, так как в ней не учитываются многообразие видов нормальной микрофлоры, их взаимоотношения, а также возможное присутствие патогенных возбудителей, таких как гонококки, трихомонады, грибы, хламидии и др.

С учетом современных достижений клинической бактериологии и знаний инфекционной патологии женских половых органов, мы предлагаем использовать в практической деятельности классификация микроскопической характеристики биоценоза влагалища, разработанную Ю.В.Цвелевым и др. (2003). В таблице 4.2 представлены микроскопическая характеристика 4 типов биоценоза влагалища и соответствующие каждому типу нозологические формы [223].

Нормоценоз характеризуется доминированием лактобактерий, отсутствием грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогрибов, наличием единичных лейкоцитов и "чистых" эпителиальных клеток соответственно фазе менструального цикла. Подобная картина отражает типичное состояние нормального биотопа влагалища.

Промежуточный тип биоценоза влагалища характеризуется умеренным или незначительным количеством лактобактерий, наличием грамположительных кокков, грамотрицательных палочек; обнаруживаются лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки. Является пограничным типом, часто наблюдается у здоровых женщин, редко сопровождается субъективными жалобами и клиническими проявлениями.

В разработанной нами схеме прегравидарной подготовки [151] важнейшая роль отводится профилактике и лечению заболеваний ЖРС инфекционно-воспалительной этиологии.

По нашему мнению, мероприятия по борьбе с инфекцией должны включать:

I. Выявление пациенток с инфекцией, составляющих группу «риска» по развитию акушерских осложнений.

В данную группу необходимо включать женщин, имеющих в анамнезе:

- ХВЗПМ, эктопию шейки матки, частые рецидивирующие кольпиты;
- аномалии развития и хронические воспалительные заболевания органов мочевого выделения, дизурические расстройства неустановленной этиологии;
- ИППП (герпес, цитомегаловирус, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кандидоз и т.д.);
- хронические экстрагенитальные очаги инфекции с частыми рецидивами;
- склонность к частым острым респираторным вирусным инфекциям;
- нарушения репродуктивной функции (бесплодие, дисфункция яичников, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности);
- осложненное течение предыдущих беременностей, родов, послеродового периода (ХПН, хроническая гипоксия и/или ЗВУР плода, преждевременные роды, антенатальная гибель плода, аномалии прикрепления и отделения последа, гнойно-воспалительные заболевания пуэрперия и т.д.);
- неблагоприятные перинатальные исходы (внутриутробная или неонатальная инфекция, гипотрофия или пороки развития новорожденного, нарушение процессов ранней неонатальной адаптации

и/или последующего физического и нервно–психического развития ребенка).

II. Тщательное клинико–лабораторное обследование женщин группы «риска» для верификации генитальной или экстрагенитальной инфекции независимо от уровня поражения репродуктивной системы не менее чем двумя современными методами лабораторной диагностики, исследованием иммунного и интерферонового статуса и др.

III. Проведение комплексного лечения, которое должно включать как этиотропные виды терапии (комплекс антибактериального или противовирусного лечения), так и лечение сопутствующих заболеваний.

IV. Планирование и подготовка к беременности.

4.1. Поддержание нормального биоценоза влагалища как основное условие антиинфекционной защиты ЖРС.

Предпосылкой к лабораторной диагностике генитальных инфекций является знание нормальной микрофлоры половых органов, т.е. микробиоценоза гениталий.

Нормальная микрофлора включает все микроорганизмы, способные выжить, сосуществовать и развиваться в конкретной физической среде, не вызывая заболевания организма. Многокомпонентность и динамичность видового и количественного состава микроценоза обеспечивают гибкое приспособление микроорганизмов к изменениям среды обитания. Более того, сопротивление колонизации, или иначе колонизационная резистентность влагалища, обеспечивает стабильность нормального микроценоза, предотвращая заселение влагалища истинно патогенными микроорганизмами и чрезмерное размножение УПМ [4,16].

В организме женщины поддержанию колонизационной резистентности влагалища способствует множество факторов, основными из них являются следующие:

- способность микроорганизмов удерживаться на поверхности клеток;
- конкуренция микроорганизмов за место и пищевые субстраты;
- физиологическая десквамация и цитоллиз поверхностных клеток эпителия влагалища;
- фагоцитоз с помощью макрофагов и полиморфно-ядерных лейкоцитов;
- продукция антимикробных субстанций (перекисей, короткоцепочных жирных кислот, трансферрина и опсонинов плазмы, усиливающих фагоцитарную активность клеток; лизоцима, обладающего антимикробной активностью, лизина, способствующего разрушению клеточной оболочки микроорганизмов); - продукция стимуляторов иммуногенеза и индукция иммунного ответа и т.д. [105, 200].

Система самоочищения влагалища функционирует на протяжении всей жизни женщины – от детского возраста до постменопаузы. Как известно, любые эпителиальные ткани реагируют на изменение окружающей их гормональной среды сходным образом, но ни одна из них не может сравниться с эпителием свода влагалища и шейки матки по скорости и отчетливости реакции на гормоны, в первую очередь на половые стероиды [208].

Под действием эстрогенов происходит рост и созревание многослойного плоского эпителия, синтез гликогена, продукция слизистого секрета в шейке матки.

Многослойный плоский эпителий, насыщенный гликогеном, и слизистая пробка цервикального канала, выполняя барьерную функцию, преграждают путь повреждающему агенту (специфической или неспецифической инфекции), препятствуют развитию воспаления.

Аналогичное эстрогенам пролиферативное действие на влагалищный эпителий могут оказывать и андрогены.

Прогестерон тормозит созревание многослойного плоского эпителия. Если его количество увеличено, то клетки могут созреть только до промежуточного слоя. Под действием прогестерона происходит цитоллиз и десквамация многослойного плоского эпителия с высвобождением в просвет влагалища гликогена. Из гликогена при участии клеточных ферментов образуются сахара мальтоза и декстроза, являющиеся питательной средой для молочнокислых бактерий (лактобацилл). Лактобактерии представляют собой полиморфные грамположительные палочки, обладающие высокой антагонистической способностью препятствовать размножению УПМ. Продуктом жизнедеятельности лактобацилл является а-оксипропионовая молочная кислота, которая создает кислую реакцию влагалищного содержимого. Кроме кислой среды размножению патогенных микроорганизмов препятствуют образующаяся в результате жизнедеятельности лактобацилл перекись водорода, лизоцим и другие гликолитические ферменты. Лактобактерии стимулируют фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов, образование интерферонов и секреторных иммуноглобулинов.

В соответствии с тем, что микроэкосистема половых путей в значительной степени зависит от морфофункциональных и топографоанатомических особенностей, при изучении проблемы воспалительных заболеваний влагалища важно знать индигенную (естественную) микрофлору половых путей здоровых женщин в различные периоды их жизни [105, 200].

Перед рождением и в периоде новорожденности слизистая оболочка влагалища девочки находится под преимущественным влиянием эстрогенов плацентарного происхождения и гормонов матери, перешедших через плаценту и молоко. Созревание эпителиальных клеток, вплоть до поверхностных слоев, сопровождаясь накоплением гликогена, способствует размножению лактобацилл. Имеется мнение, что сразу после рождения влагалище заполнено густой слизью и потому стерильно. Лишь спустя 3–4 ч неонатального периода, когда замечено усиление процесса десквамации эпителия и помутнение шеечной слизи, во влагалище обнаруживаются лактобациллы, бифидо- и коринебактерии, единичная кокковая флора. Накопление в процессе жизнедеятельности лактофлоры молочной кислоты обуславливает смещение кислотно-основного равновесия среды влагалища новорожденной девочки в кислую сторону (рН 4–4,5). Бифидобактерии, так же как и лактобактерии, защищают слизистую оболочку влагалища от воздействия не только патогенных, но и УПМ, их токсинов, препятствуют распаду секреторного иммуноглобулина (IgA), стимулируют интерферонообразование и выработку лизоцима. Резистентности организма новорожденной девочки также способствует высокое содержание IgG, поступающего через плаценту от матери. Значительное падение уровня эстрогенов происходит в течение 10 дней с момента рождения девочки. Именно в этот период элиминация эстрогенов обуславливает так называемый половой криз и появление

менструальноподобных выделений. Эпителиальные клетки теряют способность к пролиферации и синтезу гликогена. К концу первого месяца жизни девочки тонкий и легко ранимый влагалищный эпителий оказывается представленным только базальными и парабазальными клетками. Реакция влагалищного содержимого становится щелочной, рН повышается до 7,0–8,0. Лакто- и бифидобактерии исчезают. Микрофлора половых путей девочек представлена преимущественно кокковой флорой, в вагинальных мазках определяются единичные лейкоциты и эпителиальные клетки. Наиболее часто в качестве представителей аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры встречаются эпидермальный и сапрофитный стафилококк, реже – кишечная палочка и энтеробактерии, в единичных случаях – бифидо- и лактобактерии. В состав индигенной микрофлоры влагалища у 70% здоровых девочек входят и бактерии с гемолитическими свойствами. Общее микробное число колеблется от 10²КОЕ/мл до 10⁵КОЕ/мл. Источником белей у здоровых девочек, увлажняющих атрофическую слизистую вульвы и влагалища, является незначительная трансудация из сосудистой и лимфатической сети подэпителиального слоя влагалищной стенки и вульвы. Очищение влагалища происходит благодаря фагоцитарной функции макрофагов и полиморфно-ядерных лейкоцитов [96].

Кожные покровы детей раннего возраста имеют тонкую дерму и разрыхленный роговой слой эпидермиса, который легко подвергается вредным воздействиям. Защитные функции кожи, особенно ее бактерицидные свойства, снижены; рН кожи обеспечивается секретом сальных и потовых желез, у взрослых этот показатель в норме составляет 4,5–6,0, а у детей – 6,7.

Автономные иммунные механизмы защиты (секреторные иммуноглобулины, лизоцим, система комплемента, фагоцитоз) у девочек находятся в стадии функционального становления, и их защитная роль минимальна. Компенсацией сниженного уровня внутренней защиты выступают особенности строения наружных половых органов. Вульварное кольцо зияет за счет тонкой полулунной или кольцевидной ригидной девственной плевы. Но его расположение в глубокой ладьевидной ямке и отграничение от анального отверстия высокой задней спайкой в норме препятствует массивному заселению нижних половых путей экзогенной микрофлорой [9, 24].

Такое состояние половых путей обычно наблюдается у девочек от 1 месяца до 7–8 лет жизни. Согласно международной классификации периодизации жизни человека подобный возрастной промежуток включает в себя период грудного возраста (10 дней – 1 год), период раннего детства (1–3 года) и период первого детства (4–7 лет), часто объединяемые в один, "нейтральным" [52].

Активация репродуктивной системы девочки начинается в большинстве случаев с 8–9-летнего возраста. Как следствие начальных гормональных воздействий вульварное кольцо смещается наружу, а девственная плева приобретает эластичность и складчатость. Большие половые губы за счет накапливающейся жировой ткани увеличиваются в размерах, уплотняются и смыкают половую щель. Заметно нарастает толщина эпителиального слоя влагалища. В многослойном эпителии появляется гликоген. Происходит постепенная замена кокковой флоры влагалища на кокко-бациллярную. Общее микробное число (ОМЧ) увеличивается до 10⁵–10⁶ КОЕ/мл. Лишь к 9,5–10,5 года, когда концентрация эстрадиола достигает 100 нмоль/л,

влагалище заселяется преимущественно лактобациллами. К концу препубертатного периода, т.е. в год менархе, кариопикнотический индекс достигает 30%, а эозинофильный – 20%. Концентрация водородных ионов снижается, нейтрально-кислая реакция влагалищного содержимого постепенно переходит в слабокислую [62].

Пубертатный период (с менархе до 15 лет) характеризуется появлением ритмичной физиологической гипертрансудации влагалищного эпителия в виде слизистых выделений. Значительно увеличивается количество эпителиальных слоев, и кольпоцитологическая картина приближается к таковой у взрослой женщины. Общее микробное число составляет 105–107 КОЕ/мл. В 60% случаев определяются лактобациллы, среда влагалища становится кислой, pH 4–4,5 [83].

С юношеского периода (с 16 лет) микроциноз влагалища приобретает классическую форму, которая поддерживается с помощью сложной системы нейрогуморальной регуляции на протяжении всего репродуктивного периода жизни женщины – с 18 до 45 лет.

К настоящему времени достоверно установлено, что влагалище здоровой женщины репродуктивного возраста содержит грамположительные и грамотрицательные аэробные, факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные микроорганизмы, общее количество микроорганизмов в вагинальном отделяемом составляет 6 - 8,5 lg КОЕ/мл (или на 1 г) и состоит из разнообразных видов, число которых может достигать 40 и более. Доминирующими бактериями влагалищной среды являются *Lactobacillus spp.* (95-98 %) - большая группа бактерий, в основном микроаэрофилов. Значительно меньшую долю составляют облигатно-анаэробные виды лактобацилл. 96% лактобактерий являются H₂O₂-продуцирующими штаммами [84] (табл. 4.1).

Именно H₂O₂-продуцирующие лактобактерии при взаимодействии с пероксидазой из цервикальной слизи и галоидными соединениями подавляют размножение многих видов бактерий, в частности *G. vaginalis*, *Candida*, *Mobiluncus spp.* и анаэробов. Лактобактерии доминируют не только во влагалище, но и в дистальном отделе женской уретры, предотвращая тем самым колонизацию нижних отделов мочевыделительной системы уропатогенными микроорганизмами.

Во влагалище здоровых женщин выделено более 10 видов лактобактерий аэробного и анаэробного происхождения, титр которых может достигать 108–9 КОЕ/мл. [90] Несмотря на разнообразие видового состава лактобацилл, выделяемых из влагалища здоровых женщин, не удается определить ни одного вида, который присутствовал бы у всех женщин. Чаще всего выделяются следующие виды лактобацилл: *L. acidophilus*, *L. brevis*, *L. jensenii*, *L. casei*, *L. leishmanii*, *L. plantarum*.

Эстрогензависимая способность лактобацилл к адгезии на эпителиальных клетках влагалища, продукция перекиси водорода и антибиотикоподобных веществ, способность при ферментативном расщеплении гликогена образовывать молочную кислоту, снижающую уровень pH до 4,0 - 4,5, обеспечивают наиболее благоприятные условия для жизнедеятельности лактобацилл и препятствуют размножению ацидофобных бактерий. При этом отмечаются низкий редокс-потенциал тканей, высокая концентрация жирных короткоцепочечных кислот, низкая концентрация кислорода, что создает условия для относительного анаэробноза и ограничивает рост сопутствующих лактобациллам многочисленных видов УПМ [103].

Таблица 4.1. Микробиоциноз влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста

Грамположительные палочки	<i>Lactobacillus spp.</i> , <i>Corynebacterium spp.</i> , <i>Eubacterium spp.</i> , <i>Bifidobacterium spp.</i> , <i>Propionibacterium spp.</i>
Грамотрицательные (строго анаэробные) палочки (в низком титре у 14–55%)	<i>Bacteroides spp.</i> , <i>Fusobacterium spp.</i> , <i>Prevotella spp.</i> , <i>Porphyromonas spp.</i>
Грамположительные кокки (выделяются у 30–80%)	<i>Peptococcus spp.</i> , <i>Peptostreptococcus spp.</i> , <i>S. epidermidis</i> , <i>saprophyticus</i> , <i>Micrococcus varians</i> , <i>Streptococcus group D</i> (энтерококки), β - <i>Hemolyticus Streptococcus</i> , <i>Streptococcus viridans</i> и др.
Грамотрицательные кокки (редко в низком титре)	<i>Velionella spp.</i> , непатогенные <i>Neisseria spp.</i> (не <i>gonorrhoeae</i>)
Энтеробактерии (редко и в небольшом количестве)	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Enterobacter spp.</i>

Одной из важнейших функций нормальной микрофлоры является обеспечение колонизационной резистентности (совместно с иммунной системой), отвечающей за оптимальное количественное соотношение микробных ассоциантов, определяющих нормальную микрофлору каждого биотопа.

Как и другие микроценозы, вагинальный микроценоз у женщин репродуктивного возраста в норме состоит из постоянно обитающих микроорганизмов (индигенная, автохтонная микрофлора) и транзиторных (аллохтонная, случайная микрофлора). Индигенная микрофлора доминирует по численности популяции, хотя количество видов, представляющих ее, невелико в отличие от видового разнообразия транзиторных микроорганизмов, общая численность которых в норме не превышает 3–5 % от всего пула, составляющего микроценоз. Состояние колониерезистентности влагалища связывают именно с резидентной микрофлорой, которая у женщин репродуктивного возраста представлена обширной группой лактобацилл. Благодаря специфической адгезии на эпителиальных клетках образуется биопленка, состоящая из микроколоний лактобацилл, окруженных продуктами их метаболизма, - гликокаликсом [105].

Нормальное существование индигенной микрофлоры обеспечивает (по данным В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович (2000):

1. конкурирование микроорганизмов за пищевые субстраты;
2. блокирование рецепторов адгезии для чужеродных микроорганизмов;
3. стимуляция подвижности и процессов регенерации эпителия слизистой на поверхности ворсин;
4. продукция антимикробных веществ (короткоцепочечных жирных кислот, перекисей, бактериоцинов, лизоцима и др.);
5. детоксикация ксенобиотиков за счёт их адсорбции или биотрансформации;
6. индукция перекрёстных иммунных реакций в отношении патогенных микроорганизмов, активаторов фагоцитарной и ферментативной активности [19].

Старые представления о микрофлоре влагалища, бытующие со времен Дедерлейна, как однородной и постоянной, в настоящее время кардинально пересматриваются, что связано с современными методическими возможностями культивирования микроорганизмов. Результаты современных исследований позволяют характеризовать вагинальную микробиоту как весьма динамичную и многокомпонентную по видовому составу. Строгая эстрогензависимость является ее отличительной особенностью и объясняет динамическую изменчивость в разные периоды жизни женщины (детский возраст, половое созревание, репродуктивный период, постменопауза) и на протяжении менструального цикла в репродуктивном возрасте [208].

Расшифровка, понимание механизмов, обеспечивающих физиологическую роль индигенной микрофлоры влагалища, открывают пути к профилактике различных патологических состояний.

Среди транзиторных микроорганизмов влагалища чаще других выделяются коагулазоотрицательные стафилококки, в первую очередь *Staphylococcus epidermidis*. Кроме того, *Corynebacterium spp.*, *Bacteroides - Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, которые обычно присутствуют в умеренном количестве (до 4 lg КОЕ/мл). Столь же часто, но в меньшем количестве встречаются *Micrococcus spp.*, *Propionibacterium spp.*, *Veillonella spp.*, *Eubacterium spp.* Сравнительно редко (менее чем у 10% обследованных) обнаруживают *Clostridium spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Actinomyces spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Ureaplasma urealyticum*, *Staphylococcus aureus*, *Neisseria spp.*, *E. coli* и другие колиформные бактерии, *Mycoplasma fermentans*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida spp.*

Как видно из приведенного перечня, видовое разнообразие вагинальной микрофлоры велико, а возможные сочетания микроорганизмов столь многочисленны, что можно говорить лишь о некоторых общих тенденциях. Так, большинство исследователей считают, что у здоровых женщин кроме лактобацилл чаще всего во влагалище обнаруживают непатогенные коринебактерии и коагулазоотрицательные стафилококки - у 60-80% обследованных. Способность вырабатывать каталазу помогает выживанию коринебактерий в создаваемой лактобациллами перекисной среде [4].

В популяции облигатно-анаэробных бактерий обращают внимание в первую очередь на группу бактероидов, превотелл и пептострептококков (*Bacteroides - Prevotella*), которые встречаются в низких титрах у 55% здоровых женщин [16]. Одним из основных метаболических признаков бактероидов, представляющих фенотип грамотрицательных облигатных бацилл, является синтез янтарной кислоты в результате брожения глюкозы.

Во влагалищной среде могут присутствовать не менее 61 фенотипа микроорганизмов, но их набор остается относительно постоянным, если женщина остается здоровой на протяжении значительного времени. Наиболее частыми представителями нормальной микрофлоры влагалища у женщин репродуктивного возраста помимо лактобацилл являются анаэробные грамотрицательные палочки рода фузобактерии и кокки рода вейлонелла. В верхних отделах влагалища доминируют лакто- и бифидобактерии. В цервикальном канале могут присутствовать эпидермальный стафилококк, пептострептококки и дифтероиды. В нижних отделах

влагалища нормоценоз могут составить единичные энтерококки, стрептококки (зеленящие и группы В), бактероиды, непатогенные грамотрицательные кокки рода *Neisseria*, трепонемы, клебсиеллы, клостридии, микоплазмы и даже грибы рода кандиды [29].

Что касается изменений состава микрофлоры в зависимости от фазы менструального цикла, то можно отметить следующее. В первые дни цикла снижается редокс-потенциал тканей и увеличивается рН содержимого влагалища до 5,0 - 6,0. Это связано с появлением большого числа дегенерированных клеток эндометрия и элементов крови. На этом фоне уменьшается общее количество лактобацилл и относительно увеличивается численность факультативно- и облигатно-анаэробных бактерий. После окончания менструального кровотечения популяция лактобацилл быстро восстанавливается и достигает максимального уровня в середине секреторной фазы, когда содержание гликогена в эпителии влагалища самое большое. Этот процесс сопровождается увеличением содержания молочной кислоты и снижением рН до 3,8 - 4,5. Во второй фазе менструального цикла абсолютно доминируют лактобациллы, а количество облигатных анаэробов и колиформных бактерий снижается. Приведенные данные дают основание полагать, что в первой (пролиферативной) фазе менструального цикла восприимчивость организма женщины к инфекции может возрасти [30]. Этот вывод подтверждается клиническими наблюдениями.

Для оценки микробиоценоза влагалища А.Ф. Маун-Хурлейн еще в 1910 году была предложена классификация степеней чистоты с учетом количества лактобацилл, лейкоцитов, эпителиальных клеток.

Согласно этой классификации нормальный физиологический микробиоценоз характеризуется присутствием слущенных клеток вагинального (цервикального или уретрального) эпителия, единичных в поле зрения лейкоцитов, умеренного количества слизи и доминированием среди бактерий крупных грамположительных палочек - лактобацилл. Это состояние с начала 20 столетия обозначают как I степень чистоты или R - I (R - Reinheit, от немецкого слова "чистота"). R - II, т.е. вторая степень чистоты характерна для женщин, отмечающих наличие белей негнойного характера. При микроскопии мазков у таких женщин видно умеренное количество клеток эпителия, 5 - 10 лейкоцитов в поле зрения, небольшое количество лактобацилл и разные морфологические типы бактерий - грамположительные и грамотрицательные палочки и кокки (так называемая смешанная микрофлора). Иногда лактобациллы совсем не видны, а количество смешанной микрофлоры велико, иногда видны извитые формы - вибрионы (*Mobiluncus*). При посеве определяется рост анаэробных бесспорных палочек и кокков, генитальных микоплазм (*M. hominis*, *U. urealyticum*). В резко выраженной форме эта картина микробиоценоза соответствует диагнозу БВ. R - III, т.е. третья степень чистоты или третья картина микробиоценоза, клинически проявляет себя наличием гнойных влагалищных выделений. В мазках-препаратах все поле зрения занято большим количеством дегенерированных лейкоцитов и разнообразных морфотипов бактерий с преобладанием грамположительных кокков [239].

В настоящее время очевидны условность и недостаточная информативность вышеприведенной классификации. Так, само понятие "степень чистоты" имеет силу только для I степени - физиологического состояния микроэкологии влагалища

здоровой женщины. При III и IV степенях, характеризующихся наличием гнойных выделений с весьма пестрой микрофлорой, совершенно нелогично использовать термин "степень чистоты". Правильнее было бы в подобных случаях указывать не степень чистоты, а "степень загрязнения". Следовательно, с современных позиций концепция А.Ф.М. Neurlein неприемлема, так как в ней не учитываются многообразие видов нормальной микрофлоры, их взаимоотношения, а также возможное присутствие патогенных возбудителей, таких как гонококки, трихомонады, грибы, хламидии и др.

С учетом современных достижений клинической бактериологии и знаний инфекционной патологии женских половых органов, мы предлагаем использовать в практической деятельности классификация микроскопической характеристики биоценоза влагалища, разработанную Ю.В.Цвелевым и др. (2003). В таблице 4.2 представлены микроскопическая характеристика 4 типов биоценоза влагалища и соответствующие каждому типу нозологические формы [223].

Нормоценоз характеризуется доминированием лактобактерий, отсутствием грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогифов, наличием единичных лейкоцитов и "чистых" эпителиальных клеток соответственно фазе менструального цикла. Подобная картина отражает типичное состояние нормального биотопа влагалища.

Промежуточный тип биоценоза влагалища характеризуется умеренным или незначительным количеством лактобактерий, наличием грамположительных кокков, грамотрицательных палочек; обнаруживаются лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки. Является пограничным типом, часто наблюдается у здоровых женщин, редко сопровождается субъективными жалобами и клиническими проявлениями.

Таблица 4.2. Микроскопическая характеристика биоценоза влагалища

Состояние (тип) биоценоза	Признаки	Нозологические формы
Нормоценоз	Доминирование лактобактерий, отсутствие грамотрицательной микрофлоры, спор, мицелия, псевдогифов, лейкоцитов, единичные "чистые" эпителиальные клетки	Типичное состояние нормального биотопа влагалища
Промежуточный тип	Умеренное или сниженное количество лактобактерий, наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек. Обнаруживаются лейкоциты, моноциты, макрофаги, эпителиальные клетки	Часто наблюдается у здоровых женщин, редко сопровождается субъективными жалобами и клиническими проявлениями
Дисбиоз влагалища	Незначительное количество или полное отсутствие лактобактерий, обильная полиморфная грамотрицательная и грам-положительная палочковая и кокковая микрофлора, наличие "ключевых клеток". Количество лейкоцитов variabelно, отсутствие или незавершенность фагоцитоза. Полимикробная картина мазка	Бактериальный вагиноз
Вагинит	Большое количество лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, выраженный фагоцитоз при обнаружении гонококков, трихомонад, мицелия, псевдогифов, спор	Неспецифический вагинит. Гонорея. Трихомоноз. Микотический вагинит.

Дисбиоз влагалища характеризуется значительным уменьшением или полным отсутствием лактобацилл, обильной полиморфной грамотрицательной и грамположительной палочковой и кокковой микрофлорой, наличием "ключевых клеток" variabelным количеством лейкоцитов, отсутствием или незавершенностью фагоцитоза. Соответствует микробиологической картине БВ.

Вагинит характеризуется полимикробной картиной мазка, большим количеством лейкоцитов, макрофагов, эпителиальных клеток, наличием выраженного

фагоцитоза, морфологическим пейзажем воспалительного процесса. Соответствует неспецифическому вагиниту. При обнаружении гонококков, трихомонад, мицелия, псевдогрибов, спор выставляется соответствующий этиологический диагноз [105].

Данная классификация достаточно проста и информативна, так как сочетает в себе микробиологическую интерпретацию влагалищного мазка, характеристику клинической картины и соответствующую конкретную нозологическую форму.

В климактерическом периоде прогрессирующий дефицит эстрогенов, обусловленный истощением яичников, вызывает развитие возрастных атрофических изменений слизистой оболочки мочевого тракта. Дефицит эстрогенов, вызывая нарушение пролиферативных процессов влагалищного эпителия, подавляет митотическую активность клеток, в первую очередь базального и парабазального слоев, изменяет активность рецепторного аппарата. Причиняющие страдания мочеволовые расстройства, в том числе сухость влагалища, зуд и жжение, рецидивирующие инфекции влагалища, хронический цистит, выворот слизистой оболочки уретры и пр. являются прямым следствием эпителиальной атрофии [73].

Вагинальная атрофия приводит к снижению содержания гликогена, снижению колонизации лактобацилл и уменьшению количества молочной кислоты. Как и в нейтральном периоде жизни, в климактерии происходит увеличение рН влагалищной среды до 5,5–6,8. Совершается постепенная колонизация влагалища и нижних мочевых путей грамотрицательными факультативно-анаэробными видами семейства энтеробактерий, в основном кишечной палочкой, и типичными представителями микрофлоры кожных покровов [84].

Так же как и при условном нормоценозе, при атрофическом вульвовагините массивного заселения влагалища УПМ не наблюдается. При этом воспалительные изменения стенок влагалища отсутствуют. Главным отличительным признаком атрофического вагинита является отсутствие или резкое снижение титра лактобацилл. Выраженность атрофии тесно коррелирует с выраженностью смещения рН влагалищной среды в щелочную сторону. Описанные состояния у женщин в постменопаузе могут сохраняться без присоединения вторичной инфекции длительные годы. Защитную функцию исчезнувших из биотопа влагалища лактобактерий у женщин постменопаузального возраста берут на себя лимфоидные клетки, представляющие натуральные киллеры (CD56) и клетки супрессорно-цитотоксического ряда (CD8), а также клетки моноцитарно-макрофагального ряда (CD14) [105].

Представляет интерес состояние биоценоза влагалища у беременных женщин. Во время беременности под влиянием гормонов желтого тела слизистая оболочка влагалища становится особенно толстой. Эластичность клеток промежуточного слоя увеличивается, синтез гликогена в них осуществляется с максимальной интенсивностью. Создаются благоприятные условия для жизнедеятельности лактобацилл. По мере развития беременности снижается численность транзитных микроорганизмов и увеличивается количество лактобацилл. В связи с постоянно низкими показателями рН (3,8 - 4,2) создаются благоприятные условия для количественного увеличения некоторых микроорганизмов транзитной группы, таких как генитальные микоплазмы и дрожжеподобные грибы. Частота их выделения у беременных различных групп «риска» возрастает до 25 - 30 %. По мере развития

беременности и особенно к сроку родов снижается количество аэробных видов, таких как колиформные бактерии, и таких облигатных анаэробов, как бактероиды и пептострептококки, и увеличивается число лактобацилл. Таким образом, к сроку родов снижается уровень микробного обсеменения родовых путей при максимальном доминировании лактобацилл, и ребенок рождается в условиях преобладания ацидофильных бактерий, обеспечивающих колониерезистентность родового канала. В родах плод впервые сталкивается с материнской микрофлорой, которая колонизирует кожные покровы и слизистые оболочки рождающегося ребенка. Именно в зависимости от состава микрофлоры беременной женщины (нормоценоз или состояние дисбиоза) и функционального состояния фетоплацентарной системы происходят формирование микрофлоры новорожденного и становление его иммунной системы [96, 132].

Устойчивость вагинальной микроэко системы зависит от многих факторов эндогенного и экзогенного происхождения. Так, существует ряд механизмов, препятствующих проникновению во влагалище вирулентной микрофлоры. Первым биологическим барьером является сомкнутое состояние половой щели, продукция стимуляторов иммуногенеза и достигаемое тонусом мышц промежности, суживающих вульварное кольцо, а также соприкосновением малых и больших половых губ. Дальнейшему распространению микробов препятствует прилегание друг к другу передней и задней стенок влагалища. Особое значение имеют физиологические защитные механизмы: десквамация и цитолиз поверхностных клеток эпителия влагалища, обусловленные влиянием гормонов яичников [136].

Установлено, что патологические сдвиги в вагинальном микроценозе происходят при таких стрессовых воздействиях, как лечение антибиотиками (местное или системное), гормонами, цитостатиками, рентгенотерапия, особенно на фоне эндокринопатий (в первую очередь при диабете), анемии, врожденных пороков развития половых органов, при использовании контрацептивов, а также при других состояниях, ведущих к нарушению иммунного статуса. Условия дезадаптации являются фоном, на котором развиваются дисбиотические процессы, в том числе в вагинальном микроценозе. В настоящее время показано, что именно нарушение количественного соотношения бактериальных видов приводит к клиническим проявлениям инфекционного процесса во влагалище (вагинит, вагиноз) [135].

В репродуктивном возрасте симптоматика вагинита чаще всего развивается по типу дисбактериоза, когда заболевание имеет полимикробную этиологию и не сопровождается признаками воспаления. Схематично можно представить, что изменения вагинального микроценоза при этом развиваются от нормоценоза через промежуточный тип к выраженному дисбиозу, крайняя степень которого проявляется симптомокомплексом, имеющим четкую микробиологическую характеристику, что позволило выделить его в самостоятельную нозологическую форму. Заболевание получило название БВ. С микробиологических позиций БВ следует рассматривать как инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся чрезмерно высоким уровнем облигатно-анаэробных бактерий и резким снижением содержания лактобацилл или их отсутствием в отделяемом влагалища. При БВ общее количество бактерий увеличивается на 3 - 4 порядка, достигая 10^{10} - 10^{11} /мл вагинального отделяемого. При этом резко снижено количество лактобацилл (менее 30% от общего

количества) или они отсутствуют, а доминируют УПМ, в первую очередь облигатно-анаэробные виды. К ним относят облигатно-аэробные бактерии рода *Prevotella (Bacteroides)*, *Mobiluncus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, а также микроаэрофилы *Gardnerella vaginalis* и *Mycoplasma hominis*. Таким образом, при БВ на фоне резкого подавления резидентной лактофлоры возникает симбиоз ряда УПМ, количество которых превышает в десятки и сотни тысяч раз их доленое участие в составе нормального микроценоза влагалища [208].

Частота выявления БВ у беременных групп высокого «риска» достигает 30 - 37%, у женщин детородного возраста вне беременности, предъявляющих жалобы на патологический характер белей, - 62,4%, у "здоровых" женщин - 24% [7].

БВ клинически характеризуется длительными и обильными выделениями из влагалища, часто с резким неприятным запахом. У большинства пациенток наблюдаются диспареуния и дизурические расстройства, 25 - 30 % пациенток предъявляют жалобы на жжение и зуд в области вульвы и боли во влагалище. Эти симптомы могут быть разной степени выраженности и продолжаться годами. Примерно у 50% пациенток с БВ какие-либо жалобы отсутствуют.

Несмотря на то, что непосредственно БВ не представляет прямой угрозы здоровью женщины, в нижних отделах полового тракта накапливаются и постоянно сохраняются в чрезвычайно высоких концентрациях УПМ, которые являются основными возбудителями ВЗОМТ. Такие бактерии, как *Prevotella spp.*, *Bacteroides spp.*, некоторые виды *Porphyromonas* и *Peptostreptococcus* - самые частые возбудители хориоамнионита, интраамниальной инфекции, послеродового эндометрита, сальпингоофорита, послеабортных и послеоперационных воспалительных осложнений. Многими исследователями отмечена связь БВ с неблагоприятным исходом беременности. Риск преждевременных родов и преждевременного излития околоплодных вод у женщин с БВ возрастает в 2,6 - 3,8 раза. Послеродовые гнойно-воспалительные осложнения у родильниц с БВ возникают в 3,5 - 5,8 раза чаще [4, 136].

Следует подчеркнуть, что на фоне БВ происходит активация латентной вирусной инфекции, что приобретает особое значение во время беременности. Это объясняется низким редокс-потенциалом и гипоксией тканей при БВ и высокими показателями рН вагинального содержимого [90].

Особое место занимают осложнения, связанные с общностью многих антигенов УПМ с тканевыми антигенами организма-хозяина. В частности, УПМ вырабатывают фосфолипазы, аналогичные фосфолипазам амниоального эпителия, которые являются биохимическими триггерами родовой деятельности. Поэтому при восходящем инфицировании плода, когда бактерии проникают из влагалища в околоплодные воды (часто через неповрежденные плодные оболочки) и размножаются в них (развитие синдрома инфекции околоплодных вод), в большом количестве накапливаются микробные фосфолипазы, которые запускают синтез простагландинов F2a и E2 из тканевых фосфолипидов амниоального эпителия. Это приводит к развитию родовой деятельности при любом сроке беременности. Одновременно происходит внутриутробное заражение плода при аспирации и заглатывании им инфицированных околоплодных вод. Бактериальные фосфолипазы разрушают также сурфактант легочной ткани плода, и ребенок рождается с клиническими проявлениями

РДС, генез которого связан не с гипоксией, а отражает патогенетические этапы дисбиоза гениталий [11].

Степень нарушения микроценоза влагалища может быть различной и касаться как видового состава ассоциантов, так и количественного уровня каждого вида. Поэтому возникающие изменения чаще всего носят полимикробный характер, хотя и один какой-нибудь вид может преобладать и, следовательно, играть ведущую роль. Вытеснение одним УПМ других членов микробного сообщества приводит к развитию клинической симптоматики вагинита с выраженной местной лейкоцитарной реакцией и другими признаками воспаления [7].

4.2. Воспаление как реакция организма на действие инфекционного агента.

В последние годы в связи с ростом числа воспалительных заболеваний все большее внимание уделяется поиску оптимальных путей решения проблем, связанных с воспалением. Актуальность этого направления определяется тенденцией к генерализации и хронизации воспалительных процессов, развитием серьезных патофизиологических и патоморфологических изменений в пораженных тканях, вовлечением в патологический процесс иммунной, нервной, эндокринной, репродуктивной и других систем организма.

В настоящее время общепризнанным является тот факт, что воспаление представляет собой защитную реакцию организма на действие повреждающего, в том числе, инфекционного агента и направлено на его уничтожение с последующим восстановлением поврежденной ткани. Согласно определению академика РАН Г.И.Абелева "Воспаление – это реакция организма на чужеродные микроорганизмы и корпускулярные продукты тканевого распада. Это основной механизм естественного (врожденного) иммунитета, равно как начальный и заключительный этапы иммунитета приобретенного" [140].

Несмотря на многочисленные исследования, становление общепатологической концепции воспаления нельзя считать завершенным. Дискуссии о сущности воспаления не прекращаются по настоящее время. Одни исследователи вообще не указывают, к какой категории биологических процессов оно относится. Другие, считая воспаление приспособительной реакцией, тем не менее, подчеркивают его относительную целесообразность. Третьи рассматривают воспаление как патологическую реакцию, связанную, прежде всего, с врожденными и приобретенными дефектами лейкоцитов [38].

С клинических позиций, воспаление – это болезнь, характеризующаяся не только местными, но и общими проявлениями: лихорадкой, лейкоцитозом, изменениями состава белков крови, увеличением СОЭ, явлениями интоксикации. Так, по мере увеличения площади повреждения и выраженности альтерации через систему биологически активных веществ – аутокоидов, реактантов острой фазы, продуктов секреции макрофагов и других веществ - местно возникающая воспалительная реакция обуславливает включение в процесс воспаления иммунной, нейроэндокринной, сердечно-сосудистой систем организма, обеспечивающие местные и общие иммунные реакции, стимуляцию костного мозга. Это оказывает

непосредственное влияние, как на очаг воспаления, так и на реактивность организма в целом. При этом биологический смысл местного воспаления заключается в ограничении и ликвидации инфекционного агента, а общих реакций организма – в восстановлении гомеостаза.

Морфологические изменения при воспалении складываются из трех взаимосвязанных фазовых компонентов – альтерации, экссудации и пролиферации [220].

Альтерация – повреждение ткани, которое морфологически проявляется различного вида дистрофией и некрозом и характеризуется выбросом биологически активных веществ – медиаторов воспаления.

Экссудация – это стадия, следующая за альтерацией. В этот период формируется воспалительный выпот ("экссудат"), источниками которого могут быть кровь, лимфа и местные клетки ткани, в которой развивается воспалительный процесс. Формирование экссудата зависит как от микроциркуляторных изменений, так и от клеточных реакций, определяющих выраженность экссудации.

Пролиферация клеток является завершающей фазой воспаления. В очаге воспаления наблюдается пролиферация камбиальных клеток соединительной ткани, В- и Т-лимфоцитов, моноцитов, а также клеток местной ткани, в которой разворачивается процесс воспаления, – мезотелиальных, эпителиальных клеток. Камбиальные клетки соединительной ткани в дальнейшем могут дифференцироваться в фибробласты, продуцирующие белок коллаген и гликозаминогликаны. Вследствие этого очень часто в исходе воспаления разрастается волокнистая соединительная ткань.

В целом любое воспаление имеет следующие характеристики:

1. Локализация (паренхиматозное, интерстициальное, смешанное).
2. Тип тканевой реакции (специфическое, неспецифическое).
3. Характер течения (острое – до 2 месяцев, подострое – до 6 месяцев, хроническое – протекающее годами).
4. Преобладание того или компонента - альтеративного, экссудативного, пролиферативного [134].

При альтеративном воспалении преобладает повреждение в виде дистрофии и некроза. По течению – острое воспаление, по локализации – паренхиматозное. Иногда этот вид воспаления может быть проявлением реакции гиперчувствительности немедленного типа. Исход зависит от глубины и площади поражения ткани и завершается, как правило, рубцеванием.

Экссудативное воспаление характеризуется преобладанием реакции сосудов микроциркуляторного русла с формированием экссудата, в то время как альтеративный и пролиферативный компоненты менее выражены. В зависимости от характера экссудата выделяют следующие виды экссудативного воспаления: серозное, геморрагическое, фибринозное, катаральное, смешанное.

Пролиферативное воспаление характеризуется преобладанием пролиферации клеток и, как правило, имеет хроническое течение. Может развиваться вслед за острым воспалительным ответом, который не приводит к уничтожению повреждающего агента, или может протекать без клинически видимой острой стадии. Диагностируется благодаря морфологическим особенностям, поскольку отличается от

острого воспаления отсутствием основных признаков: покраснения, припухлости, боли и повышения температуры. Выделяют следующие виды пролиферативного воспаления: межучточное (интерстициальное), гранулематозное, воспаление с образованием полипов и остроконечных кондилом.

Ключевым событием местно развивающегося воспаления является эмиграция лейкоцитов в зону воздействия инфекционного агента и возникающие межлейкоцитарные взаимодействия в его очаге [38]

Клеточная кооперация, возникающая в очаге воспаления в результате альтерации и экссудации, характеризуется ауторегуляторными механизмами, цикличностью развития и разделением функций между клетками.

Первыми в очаге воспаления оказываются нейтрофильные лейкоциты, играющие основную роль в неспецифической резистентности организма. Нейтрофилы в первичном очаге могут наблюдаться уже к 10-й минуте от начала воспалительной реакции. Скорость аккумуляции нейтрофилов является наивысшей в первые два часа, постепенно снижаясь. Количество их достигает максимума через 4-6 часов. В этот период лейкоциты представлены нейтрофилами более чем на 90%. Гранулоциты фагоцитируют бактерии и некротизированные частицы, параллельно осуществляя внеклеточную поставку ферментов, катионных белков, активных метаболитов кислорода. Помимо того, нейтрофильные лейкоциты выделяют гидролазы, которые способствуют очищению первичного очага воспаления. Одновременно происходит массивное разрушение нейтрофилов, остатки которых являются важным стимулом расширения инфильтрации, как нейтрофильной, так и моноцитарной. Большинство гранулоцитов, вышедших в воспаленную ткань, никогда не возвращается в кровоток [139].

Стимуляция нейтрофилами хемотаксиса моноцитов является одной из основных причин смены этих клеточных популяций в очаге воспаления. Лизоцим и фактор иммобилизации нейтрофилов, выделяемые мононуклеарами, тормозят хемотаксис нейтрофилов, хотя извесны также факторы, усиливающие миграцию нейтрофилов.

Моноциты обычно преобладают в очаге острого воспаления спустя 16-24 часа и достигают пика, как правило, на 3-и сутки. Однако, миграция моноцитов из крови в ткань начинается одновременно с миграцией нейтрофилов. В очаге наблюдается постепенное превращение моноцитов в макрофаги и созревание последних, в процессе которого объем цитоплазмы и органелл в ней увеличивается. В частности, повышается количество митохондрий и лизосом, что имеет существенное значение для полноценного выполнения макрофагами их функций в очаге. Возрастает активность пиноцитоза, в цитоплазме увеличивается количество фаголизосом. Повышается число филоподий. Моноциты-макрофаги также являются источником медиаторов воспаления, фагоцитируют бактерии, но имеют преимущественное значение в фагоцитозе останков погибших клеток, в том числе, нейтрофилов.

Макрофаги обладают рядом свойств, позволяющих им выступать в качестве местного регулятора воспаления, а также связующим звеном между местными проявлениями воспаления и общими реакциями организма на них, тем самым, способствуя включению в процесс других систем организма, в том числе и регенерации на определенных этапах воспаления.

Однако особую роль макрофаги играют как первое звено становления иммунитета в динамике воспалительного процесса. В этом отношении задачей фагоцитоза, осуществляемого макрофагами, является не столько уничтожение инфекта для снижения его концентрации в очаге воспаления (хотя, разумеется, и эта задача присуща макрофагам), сколько выявление его антигенных детерминант и последующая передача информации об этом в иммунокомпетентную систему. Это объясняет более низкую фагоцитарную активность макрофагов по отношению к грибковой инфекции в сравнении с нейтрофильными гранулоцитами [95].

Неспецифический воспалительный и иммунный ответ в защите против инфекций действуют синергично. Дефицит (недостаточность) в любом из этих процессов часто приводит к повышенной восприимчивости к действию патогенных микроорганизмов. Клинически это проявляется в виде рецидивирующих, трудноизлечимых инфекционных болезней или в виде "оппортунистических" инфекций (к оппортунистическим относят инфекции, которые вызываются микроорганизмами, не являющимися из-за низкой вирулентности патогенными для человека с нормальной реактивностью). Неспецифические факторы защиты носят врожденный характер, их действие направлено против всех микроорганизмов. От фонового состояния активности этих неспецифических факторов защиты (в первую очередь, от характера эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления), их лабильности, адекватности изменения в ответ на антигенную стимуляцию в немалой степени зависит возникновение, течение и исход заболевания. К сожалению, иногда имеет место противопоставление неспецифических механизмов резистентности иммунитету (и не в пользу первых), принижается роль неспецифической защиты организма в поддержании его антигенного гомеостаза. Между тем, факторы неспецифической резистентности как филогенетические более древние являются первым барьером для микробных агентов при возникновении воспаления. Они представляют тот фон, на котором развиваются в дальнейшем специфические иммунологические реакции. В конечном итоге после нейтрализации антигена антителом разрушение его происходит только после включения неспецифических механизмов фагоцитоза. Специфические (иммунитет) и неспецифические механизмы направлены на элиминацию чужеродного антигенного материала из организма, тесно взаимосвязаны, и рассматривать их в отдельности было бы ошибочно [38].

К сожалению, в настоящее время патофизиологические механизмы проявлений воспаления как общего адаптационного биологического процесса, предваряющего и определяющего течение репарации, в значительной мере все еще неудовлетворительно разработаны. Кроме того, практикующими врачами состояние реактивности организма как одной из важнейших причин хронизации и рецидивирования воспаления гениталий также нередко недооценивается. Именно с этим, по нашему мнению, связана неудовлетворительная ситуация с лечением воспалительных заболеваний ЖРС. Очевидно, что понимание практическими врачами особенностей патогенеза воспаления способствует оказанию более адекватной и эффективной помощи на разных этапах воспалительного процесса.

4.3. Этиология, патогенез и клиника воспалительных заболеваний ЖРС.

В последние годы в нашей стране, как и во всем мире, отмечен рост заболеваемости воспалительными заболеваниями ЖРС. Ежегодно 1-2% женщин, живущих половой жизнью, заболевают вагинитами, сальпингоофоритами, эндометритами и параметритами различной этиологии, у 17-20% больных острый процесс переходит в хронический, 10-15% из них впоследствии страдают бесплодием [14].

В настоящее время 65-80% женщин из числа гинекологических больных, обращающихся в ЖК с различными видами вульвовагинитов, цервицитов, уретритов, имеют смешанную бактериально-грибково-трихомонадную инфекцию. По данным ВОЗ, по частоте среди ИППП, первое место занимает трихомониаз. Ежегодно в мире трихомониазом заболевают 170 млн человек. Растет частота встречаемости хламидиоза. Каждая третья женщина в мире когда-либо имела, по меньшей мере, один эпизод грибковой инфекции, частота кандидоза составляет 18-29% и постоянно увеличивается [14].

Среди причин, объясняющих рост воспалительных заболеваний нижних отделов половых путей, ведущую роль играют следующие: происходящая в очаге воспаления смена возбудителей, наличие микстинфекции; недостаточная техническая оснащенность акушерско-гинекологических и лабораторных ЛПО для их выделения и серологической верификации диагноза ввиду значительной стоимости оборудования; трудности клинической интерпретации самого факта выделения того или иного микроорганизма из половых путей женщины вследствие отсутствия критериев для признания его этиологическим фактором данного воспалительного процесса у данной больной в данное время [105]. Все это обуславливает приблизительность оценки периода, фазы, стадии, тяжести воспалительного процесса нижних отделов гениталий.

Актуальность проблемы инфекции ЖРС в значительной мере определяется неудовлетворительными результатами терапии этой патологии: широкий перечень antimicrobных препаратов, применяемых практикующими врачами акушерами-гинекологами в последние годы, серьезно не повлиял на эффективность терапии воспалительных процессов, не позволил решить проблему их профилактики или, по крайней мере, снизить их выявляемость.

На сегодняшний день в мире отсутствует единая классификация ГВЗ женских половых органов. В Международной классификации болезней X пересмотра раздел по ГВЗ женских гениталий представлен недостаточно последовательно.

В настоящее время в отечественной классификации принято деление всех ГВЗ у женщин на 2 группы. Первую из них составляют воспалительные заболевания женских половых органов, не связанные с родами, вторую - послеродовые инфекции. В каждой из указанных групп выделяют подгруппы и отдельные нозологические формы. Однако и у акушерских, и у гинекологических больных вследствие микробной инвазии поражаются одни и те же органы и ткани (влагалище, матка, маточные трубы и др.). Следовательно, развиваются соответствующие заболевания: вагинит, эндометрит, сальпингит, перитонит и т. д. с той только разницей, что в одном случае они возникают восходящим путем после абортов, операций, инструментальных исследований и других причин, а в другом - после родов.

Мы считаем, что классификация ГВЗ должна отражать последние достижения медицинской науки, быть несложной и достаточно доступной в понимании особенностей патологического процесса. В связи с этим в практической деятельности врачей акушеров-гинекологов Гродненской области мы предлагаем использовать анатомо-этиологический принцип ее построения, предложенный Ю.В.Цвелевым и др. (2001) [223] (табл. 4.3., 4.4.).

В возникновении воспалительного процесса матки и придатков основная роль принадлежит болезнетворным организмам, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов, оказывающих влияние на распространение процесса. Современные данные по изучению этиологии воспалительных заболеваний половых органов женщины свидетельствуют о возрастающей роли патогенных стафилококков, резистентных к действию широко применяемых антибиотиков. Наряду со стафилококковой инфекцией возросло значение УПМ [4].

Наиболее часто возбудителями воспалительных процессов внутренних половых органов являются *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Candida albicans*. По некоторым данным [7], хламидийные сальпингиты составляют 40% всех случаев сальпингитов. Хламидии, проникая непосредственно в маточные трубы, вызывают их тяжелые поражения. Клиника хламидийной инфекции не имеет характерной симптоматики и нередко трактуется как неспецифическое воспаление. Без адекватной этиотропной терапии воспалительный процесс принимает затяжное течение и способствует вторичному восходящему и диссеминированному суперинфицированию, приводя к бесплодию. *Mycoplasma hominis* также выявляется довольно часто, но в этом случае сальпингиты протекают более доброкачественно и выздоровление наступает спонтанно.

Chlamydia trachomatis относится к безусловно патогенным для человека микроорганизмам. Поражения мочеполовой системы у человека вызывают так называемые урогенитальные серотипы хламидий (D – K). Существуют еще три L-серотипа (I, II, III), являющиеся возбудителями венерической лимфогранулемы [25, 262].

Таблица 4.3. Анатомо-топографическая классификация бактериальных инфекций женских половых органов

Инфекции наружных половых органов	Инфекции влагалища	Инфекции матки	Инфекции придатков матки	Инфекции околоматочного пространства	Инфекции мягких тканей	Инфекции молочных желез	Генерализованная инфекция
Вульвит	Вагинит (кольпит)	Цервицит	Сальпингит	Параметрит	Целлюлит	Мастит	Сепсис
Фурункул вульвы	Вагиноз	Эндометриит	Оофорит	Тазовый целлюлит	Фасциит Миозит	Абсцесс молочной железы	Септицемия, септикопиемия, эндокардит
Абсцесс вульвы	Вульвовагинит	Эндомиометрит	Сальпингофорит (аднексит, аднекстумор)	Тазовый тромбофлебит	Флегмона		Инфекционно-токсический (септический) шок
Бартолинит	Уретрит, парауретрит*	Метрит (панметрит) Периметрит	Пиосальпинкс				
Абсцесс большой железы преддверия влагалища	Скинеит	Абсцесс матки	Абсцесс маточной трубы, яичника, tuboовариальный	Тазовый перитонит (пельвиоперитонит)			

- Исключаются другие инфекции мочевыводящих путей (цистит, пиелит, пиелонефрит).
- ** Все абсцессы малого таза (дугласова пространства, околоматочные, межэпителиальные и др.), исключая абсцессы придатков матки.

Таблица 4.4.

Этиологическая классификация бактериальных инфекций женских половых органов

Инфекции анаэробные клостридиальные	Инфекции анаэробные неклостридиальные	Инфекции аэробные	Инфекции смешанные (ассоциативные, микст-инфекции)
<i>Cl. perfringens</i>	<i>Bacteroides</i> sp.	<i>Ps. aeruginosa</i>	Вызванные двумя и более анаэробами
<i>Cl. tetani</i>	<i>Fusobacterium</i> sp.	<i>Klebsiella</i> sp.	Вызванные двумя и более аэробами
<i>Cl. oedematiens</i> и др	<i>Peptococcus</i> sp. и др	<i>E. coli</i> <i>Staphylococcus</i> sp. <i>Streptococcus</i> sp. и др	Анаэробно-аэробные

Хламидии обладают тропизмом к эпителиальным клеткам. Они не способны размножаться в неизменном многослойном плоском эпителии влагалища и проявляют высокую чувствительность к кислой среде его содержимого. Изменение реакции содержимого влагалища и его эпителиальной ткани, возникающие, например, при гормональном дисбалансе, способствуют колонизации хламидий в слизистую оболочку влагалища. Интересно отметить, что оральные контрацептивы и внутриматочные спирали, вызывающие вышеуказанные изменения, могут способствовать адгезии хламидий.

Учитывая тропизм *Chlamydia trachomatis* к цилиндрическому эпителию, первичным очагом поражения у женщин, как правило, является слизистая оболочка шейки матки, в которой возбудители могут сохраняться в течение нескольких месяцев и даже лет,

вызывая различные патологические изменения. Частота поражения шейки матки, по данным различных авторов, составляет от 49 до 93% [14].

Chlamydia trachomatis склонна ограниченно поражать клетки цилиндрического эпителия, хотя неизвестно, чем это обусловлено. Колонизация мочеполового тракта хламидиями не всегда сопровождается субъективными симптомами заболевания [302]. Цервициты, являющиеся наиболее частым проявлением урогенитальной хламидийной инфекции, нередко сопровождаются десквамацией многослойного плоского эпителия шейки матки с образованием истинной эрозии или псевдоэрозии. Вид инфицированной шейки матки при хламидиозе варьирует от клинически нормальной до сильно эрозированной с утолщенной отечной слизистой оболочкой и большим количеством слизисто-гнойных выделений. В слизистой оболочке и подслизистом слое эндоцервикса образуются герминативные центры лимфоидной ткани, что является характерным патогистологическим проявлением хламидийной инфекции и не наблюдается при гонорейном или герпетическом цервиците. Клинические симптомы цервицита и эрозии шейки матки сопровождаются выделением хламидий на культуре клеток в 70% случаев [53, 251].

Хламидии наиболее часто ассоциируются с цервикальной интраэпителиальной дисплазией (CIN), на втором месте по частоте находятся ВПГ II серотипа и ВПЧ. Урогенитальный хламидиоз часто существует в различных ассоциациях с бактериальными и/или вирусными агентами, в том числе передаваемыми половым путем, чаще – при сочетании трех и более микроорганизмов [86, 261].

Некоторые исследователи предлагают рассматривать инфицирование хламидиями как кофактор развития дисплазий и даже рака шейки матки. Особенно четко это просматривается при сочетании *Chlamydia trachomatis* и ВПЧ, *Chlamydia trachomatis* и *U. urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* и *M. hominis* [36].

Другой распространенной и часто диагностируемой ИППП является гонорея, которая может приводить к таким осложнениям, как ВЗОМТ (до 11–19% случаев), вторичное бесплодие (2–4%), внематочная беременность (в 7–10 раз выше исходного уровня), диссеминированная гонорейная инфекция (0,1–0,3%) [57].

В определенных условиях, приводящих к нарушению гомеостазам, подавление нормальной микрофлоры влагалища в свою очередь способствует колонизации слизистой оболочки влагалища грибами и рассматривается как фактор риска развития вагинального кандидоза [103].

В развитии кандидозной инфекции различают следующие этапы: прикрепление (адгезию) грибов к поверхности слизистой оболочки с ее колонизацией, внедрение (инвазию) в эпителий, преодоление эпителиального барьера слизистой оболочки, попадание в соединительную ткань собственной пластинки, преодоление тканевых и клеточных защитных механизмов, проникновение в сосуды, гематогенную диссеминацию с поражением различных органов и систем [4].

При вагинальном кандидозе инфекционный процесс чаще всего локализуется в поверхностных слоях эпителия влагалища. На этом уровне инфекция может персистировать длительное время ввиду того, что устанавливается динамическое равновесие между грибами, которые не могут проникнуть в более глубокие слои слизистой оболочки, и макроорганизмом, который сдерживает такую возможность, но

не способен полностью элиминировать возбудитель. Нарушение этого равновесия, приводит либо к обострению заболевания, либо к выздоровлению или ремиссии.

До настоящего времени вопрос о путях передачи вагинального кандидоза остается предметом широкой дискуссии. Известно, что в 30 – 40% случаев вагинального кандидоза передача инфекции происходит половым путем. Однако только у 5 – 25% половых партнеров женщин с вагинальным кандидозом выявляют носительство грибов. При этом титр колонизации кожи головки полового члена чаще всего низкий и недостаточен для инфицирования влагалища. Известно также, что кандидоз мочеполовой системы у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин. Следует отметить и то, что многие женщины, страдающие рецидивирующим вагинальным кандидозом, не живут половой жизнью. Кроме того, против роли половой передачи вагинального кандидоза свидетельствует низкая эффективность лечения половых партнеров в профилактике рецидивов заболевания. Имеются данные о том, что при рецидивирующем вагинальном кандидозе резервуаром грибов и источником реинфекции влагалища служит желудочно-кишечный тракт. При нахождении грибов во влагалище они очень часто обнаруживаются и в фекалиях, при этом у большинства больных вагинальные и кишечные штаммы идентичны. Согласно другой точке зрения, ведущее значение в развитии вагинального кандидоза имеет активация эндогенной грибковой инфекции вследствие нарушения защитной роли нормальной микрофлоры влагалища. Следует подчеркнуть, что данное заболевание часто проявляется при местном или системном применении антибиотиков [135, 136]. Так, по данным разных авторов, антибиотикотерапия заболеваний, передающихся половым путем, сопровождается возникновением вагинального кандидоза или кандидоносительства у 18 – 40% пациенток. По-видимому, снижение титра лактобацилл или нарушение видового их соотношения с потерей перекисьпродуцирующих свойств способствует либо первичному проникновению грибов во влагалище, либо их интенсивному размножению, если они уже имелись в небольшом количестве. Не вызывает сомнения значение нарушения местного иммунного статуса в патогенезе ВК, но конкретные проявления этого процесса еще плохо изучены. Нет ясного представления о роли секреторных антител. Что касается клеточных механизмов иммунного ответа, то в настоящее время можно полагать, что развитие острого ВК является следствием временного дефекта локального Т-лимфоцитарного ответа. Это позволяет грибам активно размножаться и способствует их инвазии в эпителий влагалища [137, 160].

В настоящее время обследование на наличие генитальной герпетической инфекции в акушерстве и гинекологии должно быть столь же необходимым, как и другие микро- и вирусологические исследования: выявление простейших, микоплазм, хламидий и др.

Среди гинекологических больных целенаправленному обследованию должны быть подвергнуты все женщины с длительно протекающими и не поддающимися традиционным методам лечения воспалительными процессами всех отделов репродуктивной системы, а среди беременных и женщин, планирующих наступление беременности, обследованию подлежат лица после неблагоприятного исхода предыдущих беременностей, при осложненном течении беременности в виде угрозы

невынашивания, признаков внутриутробного страдания плода, длительно протекающих вульво-вагинитов, кольпитов, особенно неясного генеза.

По нашему мнению, обследованию на наличие герпетической инфекции должны быть подвергнуты женщины при наличии следующих показаний:

1. высыпания и изъязвления различного характера в области половых органов;
2. зуд, жжение во влагалище и области промежности;
3. хронический вульвовагинит, кольпит;
4. цервицит, вяло заживающие и рецидивирующие эрозии шейки матки;
5. хронические часто рецидивирующие ХЭ и ЖРС;
6. хронические уретриты, циститы;
7. любые случаи подозрения на генитальную герпетическую инфекцию.

Инфекционный характер впервые наступивших воспалительных изменений гениталий не вызывает сомнений. В последующем у большинства больных с хроническими процессами микробный фактор уже не играет существенной роли в возникновении обострений. На стерильность содержимого маточной трубы при ХРС и полости матки при ХЭ указывают многие исследователи [203, 208, 283, 294, 299]. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, воспроизводящая в большей или меньшей степени первоначальный патологический процесс.

Восходящий путь инфекции является преобладающим в генезе возникновения ВЗОМТ [60]. Особенно это свойственно неспецифическим микробам - стафилококкам, стрептококкам. Воспалительный процесс может развиваться и в результате активизации нормальной эндогенной флоры влагалища, например, при ослаблении защитных сил организма или местного иммунитета, изменений эндокринной системы вследствие внешнего воздействия (роды, аборт, внутриматочные контрацептивы). Не исключена также возможность распространения инфекции лимфогенным и гематогенным путями. Воспалительный процесс в придатках матки может возникнуть вследствие первичного инфицирования брюшины при холецистите, панкреатите, пиелонефрите [132].

Одним из основных механизмов патогенеза развития хронического ВЗОМТ является состояние эндогенной интоксикации [7]. Первичной причиной возникновения синдрома эндогенной интоксикации у больных с ХВЗПМ являются патогенные микроорганизмы. Их эндо- и экзотоксины, а также другие продукты жизнедеятельности угнетают функцию ретикулоэндотелиальной системы, снижают активность фагоцитов, титр комплемента и других факторов неспецифической резистентности организма, нарушают микроциркуляцию в органах и тканях. Нерациональная, часто необоснованная антибактериальная терапия и возвратная инфекция поддерживают этот процесс. Важную роль в патогенезе хронического ВЗОМТ играет иммунная система. Некоторыми исследователями [132, 135] было показано, что вялотекущие рецидивирующие ВЗОМТ сопровождаются развитием у таких больных состояния вторичного иммунодефицита, снижающего сопротивление организма к инфекциям. Уровень снижения функциональной активности иммунной системы зависит от длительности патологического процесса. Еще одним важным патогенетическим звеном ХРС и ХЭ у женщин репродуктивного возраста являются нарушения в системе гемостаза и микроциркуляции. Выявлено, что у больных с ХРС отмечаются повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активности крови с развитием хронической формы ДВС-синдрома, нарушением микроциркуляции. Все это приводит к гипоксии тканей, замедлению процессов регенерации и хронизации процесса. Хронические ВЗОМТ у женщин репродуктивного возраста следует рассматривать как общее полисистемное заболевание. Оно сопровождается вовлечением в патологический процесс систем, с которыми связано течение адаптационных процессов в организме женщины: иммунной, эндокринной, симпатoadреналовой. Образующиеся в очаге воспаления гистаминоподобные вещества, лейкотоксины, адренергические и холинергические соединения, воздействуя на рецепторы, вызывают изменения в центральной и периферической

нервной системе. Воздействие на функцию этих систем происходит также гуморальным путем при поступлении этих веществ в сосудистое русло [296].

У пациенток с ХРС наблюдается снижение функциональных возможностей симпатико-адреналовой системы. Изменения в рецепторном аппарате матки и придатков и дисрегуляция центральной нервной системы приводят к сбою эндокринной регуляции половой системы и нарушению репродуктивной функции. У больных ХРС могут быть снижены функции гипофиза, яичников, развиваться дисфункция щитовидной железы, функциональные нарушения регулирующих центров гипоталамуса. При исследовании содержания гормонов в крови изменения могут быть обнаружены практически у трети женщин. В основном, это - нарушения базальной и циклической секреции ЛГ и ФСГ, снижение уровня эстрадиола. Установлены также изменения нормального соотношения эстрогенов и андрогенов, эстрогенов и кортизола. Яичник вовлекается в спаечный процесс, нарушается синтез гормонов и овуляция. Именно поэтому в клинике используется термин "сальпингофорит", являющийся синонимом ХРС и периофорита [60, 128].

ВЗОМТ характеризуются полимикробной этиологией. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто- и бифидобактерий), могут принимать участие в воспалительном процессе [7, 57]. Однако ведущая роль принадлежит наиболее вирулентным микроорганизмам: представителям семейства *Enterobacteriaceae* (прежде всего кишечной палочке) и стафилококкам. Роль анаэробов как ко-патогенов также является общепризнанной, однако ее не следует переоценивать, так как ведущими возбудителями эти микроорганизмы не являются. Чаще всего выделяются бактероиды, клостридии, пептострептококки, *Mobiluncus spp.* [16, 86, 95].

По данным В.И. Кулакова и Т.В. Овсянниковой (1997), в этиологии заболеваний ЖРС существенная роль принадлежит комбинированной инфекционной природе с участием 26 возбудителей, нередко при ведущей роли неспорообразующих облигатноанаэробных бактерий. Длительная бессимптомная персистенция микроорганизмов выявляется в 67,2% наблюдений [99].

Микст-инфекция является серьезной проблемой, ибо в этом случае увеличивается патогенность каждого из возбудителей. В таких случаях воспаление вызывает выраженную реакцию тканей (слизистой оболочки влагалища, эктоцервикса, выводных протоков больших вестибулярных желез, мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, прямой кишки, матки, маточных труб, яичников), сопровождающуюся повреждением эпителия, деструкцией и дисплазией. При выраженном процессе в условиях снижения иммунитета при микст-инфекции развиваются кровоизлияния, повреждаются гладкомышечные слои, прилегающие к пораженной слизистой оболочке, образуется грануляционная ткань. Это приводит к развитию не только кольпита, эндоцервицита, цистита и проктита, но может играть существенную роль в формировании эктопий шейки матки, по своей сути являющихся фоновыми предраковыми заболеваниями, тубоовариальных гнойных образований, миомы матки, грозящих женщинам радикальными операциями с возможной потерей некоторых специфических функций женского организма [84].

Под воздействием токсических факторов ассоциированных инфекционных агентов происходят не только деструктивные изменения, но и подавляется фагоцитарная активность лейкоцитов, что приводит к развитию торпидных форм и фагоцитозу преимущественно полиморфноядерными лейкоцитами по типу незавершенной реакции. Хронизация деструктивного процесса наблюдается при функциональной неполноценности мононуклеарных фагоцитов, которые проникают в

очаг повреждения вслед за полиморфноядерными лейкоцитами. Важнейшим фактором в этом процессе является включение иммунокомплексных механизмов, то есть фиксация иммуноглобулинов G и M и комплемента в стенках мелких сосудов и гладкомышечных клетках, при снижении Т-хелперов и повышении активности Т-супрессоров, с развитием вторичного иммунодефицита. Помимо этого, у ряда микроорганизмов есть антигены, родственные тканям гениталий, что в определенных условиях может создать условия для развития аутоиммунных процессов [38].

Поражение верхних отделов полового тракта при ВЗОМТ характеризуется вначале инфицированием клеток эндосальпинкса, которые выстилают маточные трубы. Инфекция может ограничиваться трубами (сальпингит) или затрагивать также и яичники (сальпингоофорит). Следствием инфекционного поражения является разрушение нормальной структуры и репродуктивных органов на макро и микроуровне. Даже незначительный процесс может приводить к функциональным нарушениям. Значительное воспаление, затрагивающее интраперитонеальные структуры, ведет к образованию тубоовариального абсцесса, что вызывает полное разрушение нормальной структуры и функции тазовых репродуктивных органов [57, 203].

Объектом интенсивных дискуссий в возникновении ВЗОМТ является этиологическая роль микоплазм. Эти микроорганизмы являются так называемыми мембранотропными агентами, они паразитируют на мембранах эпителиальных клеток, незначительная часть популяции может присутствовать внутриклеточно. Микоплазмы присутствуют во влажной микрофлоре практически у всех женщин, однако подавляющее число видов являются сапрофитами и их выделение еще не свидетельствует об участии в воспалительном процессе. Только два вида (*M. hominis* и *U. urealyticum*) рассматриваются как возможные этиологические агенты, но даже для них этиологическая роль признается при исключении всех других причин воспаления [4].

При наличии хронического воспалительного процесса в различных отделах половой системы женщин у 70% отмечены хламидийная и уреоплазменная инфекции, а в случае бесплодного брака в половых путях супругов практически всегда можно обнаружить хламидии и уреоплазмы. Хламидии нередко встречаются в ассоциации с другими возбудителями половых инфекций, которые в значительной мере ухудшают течение заболевания, существенно облегчают передачу ВИЧ-инфекции и становятся кофактором прогрессирования ВИЧ/СПИДа. Сочетание хламидий с гонококком отмечается у 33,7%, с уреамикоплазмозом – у 19,1%, с трихомонадами – у 31,3%, с гарднереллами – у 9,9%, с кандидозом – у 9% больных. Три различные инфекции одновременно диагностируются у 10,6%, 4–5 инфекций – у 5,6% женщин с ВЗОМТ [262, 284].

По-прежнему актуальна проблема хронического урогенитального трихомониаза, так как часто он представляет собой смешанный протозойно-бактериальный процесс. Трихомонады способны поглощать, но не обязательно переваривать практически все известные возбудители ИППП, вызывая тем самым их интратрихомонадную персистенцию и транспорт вверх и вглубь, что создает трудности при лечении. До 72% случаев заражения трихомониазом происходит от больного человека, чаще при внебрачных половых связях. Женщины, имеющие

случайные половые связи, страдают трихомониазом в 3,5 раза чаще, чем имеющие одного полового партнера [4, 74].

Наряду с микробным решающее место в распространении любого инфекционного процесса гениталий занимают так называемые провоцирующие факторы. Данное понятие включает в себя физиологическое (менструация, роды) или искусственное (аборт, внутриматочная контрацепция, гистероскопия, гистеросальпингография, операция, ЭКО) ослабление или повреждение барьерных механизмов шейки матки. Важное значение имеет общее состояние организма (анемия, ожирение, сахарный диабет и т.д.) [5, 12, 162].

При поражении слизистой цервикального канала снижается эффективность ее барьерной функции, что способствует восходящему инфицированию верхних отделов половых органов влагалищной микрофлорой при транспортной функции сперматозоидов или трихомонад [10].

В последнее время в распространении ВЗОМТ все более негативную роль играют социальные и поведенческие факторы, снижающие иммунную защиту от инфекции и предрасполагающие к ее распространению. К социальным факторам относятся хронические стрессовые ситуации, низкий уровень жизни (недостаточное и нерациональное питание), хронический алкоголизм, наркомания [6, 25].

Поведенческие факторы включают в себя раннее начало половой жизни, высокую частоту половых контактов, большое число половых партнеров, нетрадиционные формы половых контактов (орогенитальный, анальный), половые отношения во время менструации и т.д. [21, 46]

Понимая важность всех перечисленных факторов, способствующих росту ВЗОМТ, необходимо особенно подчеркнуть значение перенесенных послеродовых и послеабортных гнойно-септических осложнений и в первую очередь неэффективное в прошлом лечение гонококковой, трихомонадной и хламидийной инфекций [4, 202]. Однако, несмотря на признание роли этих инфекций, диагностируются они при развившемся ВЗОМТ достаточно редко. Основная проблема микробиологической диагностики ВЗОМТ связана с трудностями получения патологического материала из очага инфекции. Взаимосвязь микрофлоры, выделяемой из влагалища и цервикального канала, и истинных возбудителей ВЗОМТ часто носит статистический характер [12]. Для индивидуальной диагностики у конкретных больных значение таких исследований бывает минимальным. Несколько более информативным является исследование материала, полученного из полости матки с помощью специальных приспособлений, предотвращающих его контаминацию влагалищной микрофлорой [4, 60]. Следует также обратить внимание на то, что диагностика гонорейной этиологии ВЗОМТ на основании микроскопии мазка малочувствительна (в отличие от диагностики острой гонореи), необходимо использовать культуральные методы. Даже материал, получаемый при лапароскопии, при рутинном микробиологическом исследовании может отличаться низкой чувствительностью [47]. В 63% случаев микрофлора не обнаруживается, поскольку локализуется в толще пораженных воспалением тканей и выявляется (подтверждается) только при исследовании удаленных по показаниям придатков и матки [43].

4.4. Методы диагностики воспалительных заболеваний ЖРС.

Минимальными критериями ВОЗ для постановки диагноза ВЗОМТ являются:

- болезненность при пальпации нижней части живота
- болезненность в области придатков матки
- болезненные тракции шейки матки.

Для повышения специфичности диагностики существуют дополнительные критерии:

- температура тела выше 38,3 С
- патологические выделения из шейки матки и влагалища
- повышение СОЭ
- повышение уровня С-реактивного белка
- лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками, трихомонадами, хламидиями.

Доказательными критериями ВЗОМТ являются:

- гистопатологическое обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия
- ультразвуковые данные с использованием трансвагинального сканирования, демонстрирующие утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с или без свободной жидкости в брюшной полости; наличие tuboовариального образования
- отклонения, обнаруженные при лапароскопии, соответствующие ВЗОМТ.

Таким образом, наличие патологических выделений из шейки матки и влагалища может служить только лишь одним из дополнительных критериев для постановки диагноза ВЗОМТ. В то же время прямое микроскопическое исследование вагинального секрета является наиболее простым методом выбора для постановки этиологического диагноза при вагинитах, и, в меньшей степени, цервицитах.

Для определения микробиоценоза влагалища готовят препараты на предметных стеклах, обычно двух для двух способов окраски. На каждое из стекол помещают отделяемое заднего свода влагалища, шейки матки и дистального отдела уретры. Щеточкой, ватным тупфером или бактериологической петлей нанесенный материал распределяют тонким слоем. Одно стекло окрашивают по Граму, второе - 1% водным раствором метиленовой сини. Просмотр производят с помощью иммерсионного объектива г90 (окуляр г10 или г7). В нескольких полях зрения регистрируют количество клеток эпителия, лейкоцитов, слизи, наличие бактерий и их морфологические типы [75].

Для выявления *T. vaginalis*, почкующихся дрожжей и “ключевых” клеток применяют микроскопическое исследование с увеличением х40 [104].

C. albicans могут формировать псевдомицелий, который иногда можно наблюдать во влагалищном секрете. “Ключевые” клетки могут быть обнаружены у большинства женщин с бактериальным вагинозом. Наличие гранул или посторонних включений в цитоплазме эпителиальных клеток (ложные “ключевые” клетки) является менее объективным критерием, чем потеря клеточной стенки. Микроскопическое исследование свежего мазка из шейки матки проводить не рекомендуется [30].

Приготовление мазков, окрашенных по Граму, является методом выбора для диагностики БВ. Мазок готовят путем осторожного прокатывания (а не размазывания) тампона по предметному стеклу. В норме в вагинальном мазке содержатся преимущественно лактобактерии (палочка Дедерляйна) и не более 5 лейкоцитов в поле зрения. В типичных случаях бактериального вагиноза при микроскопии видны "ключевые" клетки (clue cells), покрытые мелкими грамотрицательными палочками, сочетающиеся со смешанной микрофлорой, состоящей из огромного числа мелких грамвариабельных и грамотрицательных палочек и коккобактерий при отсутствии более крупных грамположительных палочек. В поле зрения микроскопа обнаруживается большое количество (более 5) лейкоцитов. Эта картина является чувствительным и специфическим индикатором БВ. Дополнительное измерение pH влагалища и добавление к влагалищным выделениям капли щелочи (10% раствора КОН) позволяют уточнить диагноз в случае повышенного pH (>5,5) и появления аминного запаха после добавления щелочи. Выделение *Gardnerella vaginalis* нецелесообразно, поскольку не этот микроорганизм, а его ассоциация с анаэробами и генитальными микоплазмами характерны для БВ [268].

Окраска мазка по Граму не очень полезна для диагностики гонококковой инфекции у женщин. Чувствительность метода исследования окрашенного по Граму мазка эндоцервикального отделяемого для выявления интрацеллюлярных грамотрицательных диплококков с целью диагностики гонореи составляет 50–70%, а специфичность – 50–90%, что обуславливает невысокую диагностическую значимость положительных результатов при обследовании популяции с невысокой распространенностью гонореи. Если в мазке цервикального отделяемого обнаруживают грамотрицательные интрацеллюлярные диплококки, именно так и сообщают лечащему врачу, не называя их гонококками. Следует избегать неправильной интерпретации результатов исследования мазков, полученных из шейки матки, в которых часто обнаруживаются грамотрицательные коккобактерии и биполярно окрашенные палочки [308].

Исследование мазка из шейки матки наиболее информативно в плане выявления слизисто-гнойных цервицитов: наличие более 10 полиморфно-ядерных лейкоцитов в одном поле зрения микроскопа (с иммерсионной системой) является достаточно хорошим индикатором слизисто-гнойного цервицита, чаще всего вызываемого гонококками и/или хламидиями [262, 288].

Культивирование материала на наличие гонококковой инфекции для женщин является очень важным диагностическим инструментом. Чувствительность метода культивирования материала из шейки матки для выявления гонореи составляет 80–90% [308]. Чувствительность метода снижается, если материал для исследования взят во время менструации. Культивировать материал на наличие *G. vaginalis* или анаэробов в целях диагностики БВ не рекомендуется, поскольку эти микроорганизмы обнаруживаются у 20–40% женщин в отсутствие вагинальной инфекции. Наличие *G. vaginalis* в вагинальном секрете само по себе еще не является показанием к лечению, которое следует назначать тем больным, у которых выявлены другие диагностические признаки БВ [259]. По сравнению с методом микроскопического исследования метод культивирования позволяет увеличить частоту обнаружения *C. albicans* на 50–100% [30]. Методы культивирования обычно более эффективны в тех случаях, когда

материал содержит незначительное число микроорганизмов. Вместе с тем небольшое число *C. albicans* обнаруживается во влагалище 10–30% женщин, у которых отсутствуют какие-либо расстройства или синдромы вагинита. Лишь наличие большого числа *C. albicans* следует рассматривать как признак влагалищного кандидоза [287].

Для ориентировочной оценки количественного соотношения в микробных ассоциациях можно использовать следующие критерии при штриховом посеве тампоном на 1/2 чашки Петри с питательной средой [53, 104]:

1 степень: очень скудный рост (на плотных питательных средах роста нет, рост только в жидкой питательной среде);

2 степень: небольшое количество – рост на агаре до 10 колоний;

3 степень: умеренное количество – рост на агаре более 11, но менее 100 колоний;

4 степень: большое количество – роста на агаре более 100 колоний.

Рост степени 1–2 обычно свидетельствует о контаминации материала нормальной микрофлорой, рост степени 3–4 – об этиологической роли выделенного микроорганизма [16, 304].

Посев клинического материала на специальную питательную среду Dobell-Laidlaw (BIO- RAD) для выявления *T. vaginalis*, выполняемый в дополнение к исследованию свежего мазка, позволяет, главным образом, выявить бессимптомных носителей, когда проводится повторное исследование после инкубации [308].

В последнее время уделяется много внимания роли урогенитальных микоплазм в патогенезе уретральных инфекций. Примерно 15% сексуально активных мужчин и женщин колонизированы *Mycoplasma hominis* и от 45 до 75% – *Ureaplasma urealyticum* [4]. Однако микоплазмы вызывают патологический процесс только тогда, когда они начинают размножаться в больших количествах. Следовательно, интерпретация результатов требует не только идентификации, но и количественного определения (титрования) микоплазм в клиническом материале.

В диагностике урогенитального хламидиоза много ложноположительных результатов, что может быть обусловлено неправильным взятием материалов для исследования, неправильным хранением до начала исследования и неадекватной обработкой материалов. Важно применять хорошие люминесцирующие моноклональные антитела для ПИФ. Ложноположительные результаты получают при неправильной оценке характера ПИФ за счет неспецифической абсорбции конъюгата на разрушенные клеточные элементы. Выбор метода исследования и способ проверки результатов имеют важное значение. Иммуноферментные методы, например, нельзя применять при исследовании секционных материалов. При всех методах исследования решающее значение имеет правильность взятия материала, в частности, захват не только жидких выделений, но и клеток эпителия, поскольку хламидии – внутриклеточные паразиты. При использовании ПИФ правильность взятия материалов определяют по наличию в препарате клеток эпителия, а при использовании ПЦР – по присутствию в образце ДНК. Принимается во внимание обеспеченность специальным оборудованием с учетом сложности обработки исследуемого материала и чтения результатов теста. Чтение теста зависит от квалификации исследователя, к тому же микроскопия при использовании иммерсионного объектива утомляет зрение и вносит

элемент субъективизма в оценку результата. Именно поэтому иммуноферментные методы и ПЦР, дающие возможность объективного чтения теста, наиболее приемлемы для скрининга, хотя чувствительность иммуноферментного метода считается недостаточно высокой [238].

Высокая чувствительность ПЦР привлекает все больше внимания к использованию ДНК - диагностики, однако следует помнить о необходимости соблюдения предосторожностей, чтобы не контаминировать посторонними ДНК исследуемых материалов [308].

Весьма важным является вопрос о том, как можно и как нельзя использовать различные методы выявления хламидий при контроле лечения. Главным надежным методом установления эффективности проведенного лечения является культуральный метод (через 14 дней после окончания лечения). Следует помнить, что ПИФ и ИФА могут выявить еще не элиминированные антигенные субстанции *Chlamydia trachomatis*, поэтому применение этих методов ограничено и проводится через 3-4 недели после окончания лечения. Не рекомендуется использование для целей контроля лечения ПЦР [238, 310, 311]. Изложенное свидетельствует о том, что в диагностике урогенитального хламидиоза не всегда можно ограничиться одним методом исследования, и, во всяком случае - однократным исследованием материала. В особенности, если речь идет о заболевании внутренних гениталий, например, о хламидийном поражении маточных труб и связанном с ним бесплодием. Серологические методы диагностики могут дать опору в установлении хламидийной этиологии процесса по наличию и концентрации антихламидийных антител. Обычно титр антител в этих случаях бывает высоким (1/128 - 1/256) за счет IgG [149].

С целью дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний придатков матки нами разработан и внедрен в практическую деятельность ЛПО Гродненской области метод оценки ПЖ [47]. Метод может применяться у пациенток всех возрастных групп, независимо от сопутствующих заболеваний, тяжести состояния больного.

Забор ПЖ производят в условиях асептики и антисептики, посредством пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Кульдоцентез производят на 1 см кзади от места перехода слизистой влагалища на шейку матки по средней линии. ПЖ собирают в две чистые градуированные пробирки по 3-5 мл в каждую, а если необходимо произвести микробиологические исследования, то в дополнительные стерильные. В клинко-диагностическую лабораторию следует отправить весь объем полученной ПЖ. Для предотвращения желефикации (загустевания) ПЖ смешивают с гепарином в расчете 100 Ед на 1 мл жидкости. Для микроскопического исследования осадка ПЖ и морфологической характеристики клеточных элементов исследуемая жидкость смешивается с 10% ЭДТА в расчете 2 мл на 100 мл жидкости.

Исследование ПЖ необходимо производить в следующей последовательности:

I этап: оценка внешнего вида и количества жидкости.

Количество: увеличение количества ПЖ наблюдается при различных заболеваниях брюшной полости и может достигать нескольких литров. Накопление асцитической жидкости происходит при опухолях (синдром Мейгса, мезотелиома и псевдомиксома брюшины, метастазы злокачественных опухолей в брюшину),

портальной гипертензии (слипчивый перикардит, правожелудочковая недостаточность, цирроз печени, сдавление и тромбоз воротной вены), гипопроотеинемии (нефротический синдром, энтеропатии), микседеме, разрывах кист яичников и эндометриозе, ВЗОМТ, перитоните, нарушенной внематочной беременности.

Цвет и прозрачность: в пробирку из бесцветного стекла, имеющую тот же диаметр и толщину, что и пробирка, в которую собрана ПЖ, наливают дистиллированную воду и сравнивают цвет в обеих пробирках, располагая их на уровне глаз на фоне листа белой бумаги (для определения цвета) или на чёрном фоне (для определения прозрачности). При патологических процессах цвет ПЖ изменяется:

1. розовый или кровавый обусловлен примесью крови при разрывах кист или апоплексии яичников, опухолях органов брюшной полости, нарушенной внематочной беременности, инфарктом кишечника, разрывом печени, селезенки или поджелудочной железы, а также травмой других органов брюшной полости;
2. «Шоколадная» ПЖ наблюдается при эндометриозе и разрыве эндометриоидных кист;
3. Гнойная ПЖ наблюдается при инфекционных процессах в брюшной полости;
4. Зеленая (желчеподобная) ПЖ наблюдается при перфорации желчного пузыря или язвы двенадцатиперстной кишки;
5. Молочно-белая ПЖ определяется при повреждении или закупорке грудного лимфатического протока (травма, опухолевые процессы);
6. Мутная жидкость с примесью кишечного содержимого наблюдается при повреждении желудка или кишечника.

Таким образом, в некоторых случаях – как правило, при острой гинекологической патологии (внематочная беременность, апоплексия яичника, разрыв эндометриоидной кисты яичника, разрыв тубоовариального абсцесса), уже после первого этапа исследования ПЖ следует приступить к хирургическому лечению. В таких случаях дальнейшее исследование жидкости не обязательно. Если диагноз не ясен, то выполняют второй и третий этапы, а при необходимости и четвёртый.

II этап: микроскопическое исследование осадка ПЖ и морфологическая характеристика клеточных элементов.

Цитологическое исследование ПЖ складывается из подсчета общего количества клеток в камере Фукса-Розенталя (цитоз) и дифференцирования клеточных элементов (цитограмма ПЖ) в препаратах приготовленных после седиментации и окрашивания. Исследование нативных препаратов дает возможность ориентировочно оценить количество клеточных элементов, качественный состав осадка, наличие подозрительных на атипичные клетки конгломератов. В нативном препарате можно обнаружить следующие элементы: эритроциты, лейкоциты, клетки мезотелия, опухолевые клетки, жировые капли, кристаллы холестерина. Эритроциты в том или ином количестве присутствуют в любой жидкости. Увеличение числа старых дегенеративных эритроцитов (микроформы, «тени» эритроцитов, пойкилоциты и др.) указывают на свершившееся кровотечение; появление на их фоне свежих эритроцитов свидетельствует о его возобновлении. Лейкоциты: качественный состав (соотношение отдельных видов) изучаются в окрашенных препаратах. Клетки мезотелия распознают по большим размерам (25-40мкм), округлой или полигональной формы. В транссудате большой давности эти клетки встречаются в виде скоплений, претерпевают дегенеративные изменения - вакуолизация цитоплазмы и оттеснение ядра к периферии по типу

«перстневидных» клеток. Опухолевые клетки можно заподозрить по расположению конгломератов, отсутствию четких клеточных границ, полиморфизму величины и формы. Жировые капли в виде преломляющих свет круглых образований, окрашивающихся суданом III в оранжевый цвет, встречаются в гнойных экссудатах с клеточным распадом и в хилёзных экссудатах.

В окрашенных препаратах дифференцируются следующие клеточные элементы: нейтрофилы, лимфоциты, эозинофилы, макрофаги, мезотелиальные клетки и клетки опухолей. Если нейтрофилёз держится длительное время, это является признаком тяжелого течения воспалительного заболевания. В гнойных экссудатах нейтрофилы являются преобладающими клетками. В тяжелых случаях нейтрофилы обнаруживают признаки дегенерации: токсическую зернистость цитоплазмы, резкий пикноз ядра, кариорексис и кариолизис вплоть до полного клеточного распада. При благоприятном течении заболевания количество дегенеративных форм уменьшается, увеличивается число активных форм, и появляются различные тканевые клетки (макрофаги, мезотелиальные клетки и др.). Лимфоциты в разгар воспалительного процесса преобладают в цитологической картине, составляя 80-90% всех лейкоцитов. Морфология лимфоцитов различна, наряду с малыми формами встречаются и более крупные. Эозинофилы наиболее часто встречаются при туберкулезных, опухолевых поражениях. При затяжном характере воспаления серозных оболочек в большом количестве встречаются плазматические клетки. Макрофаги морфологически напоминают моноциты, имеют ядро неправильной причудливой формы с наличием нуклеолы и ячеистую, содержащую вакуоли и азурофильную зернистость цитоплазмы. Также в окрашенных препаратах могут встречаться мезотелиальные клетки и клетки злокачественных опухолей. Если перитониальная жидкость содержит единичные эритроциты, лейкоцитов менее $1 \times 10^9/\text{л}$, а среди них более 50% моноцитов и лимфоцитов, то данная жидкость – трансудат. Если же в жидкости эритроцитов более $0,1 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцитов более $1 \times 10^9/\text{л}$, преобладают нейтрофилы, то это экссудат.

Когда установлено, что ПЖ представляет собой экссудат необходимо провести её детальное исследование с целью выяснения природы патологического процесса.

III этап: биохимический скрининг ПЖ (общий белок, активность лактатдегидрогеназы).

Дифференцировка ПЖ на трансудаты и экссудаты является важным шагом в постановке диагноза и выяснении этиологии заболевания (табл. 4.5).

Белок является одним из двух главных критериев в дифференциации ПЖ на трансудаты и экссудаты. Жидкость, содержащая более 30г/л белка, относится к экссудатам. Но определение концентрации белка только в ПЖ может привести к неверной трактовке результатов. Так, при гипопроteinемии экссудат может быть расценен как трансудат, ибо у этих людей имеется низкий уровень белка и в сыворотке крови. Поэтому используется соотношение уровней общего белка в ПЖ и сыворотке крови. Отношение уровней белка ПЖ и сыворотки крови равное 0,2-0,3 соответствует трансудату, равное 0,6-1,0 говорит, что данная жидкость неопухолевый экссудат. Если данный показатель более 1,0, то существует значительная вероятность, что исследуемый экссудат опухолевого генеза (табл. 4.6).

Увеличение количества белка в жидкости связано с повышением проницаемости сосудистой стенки (инфекционное поражение, травма). Снижение концентрации белка наблюдается при гипопроteinемии.

Вторым критерием, позволяющим разделить ПЖ на трансудаты и экссудаты, является активность лактатдегидрогеназы. Отдельное определение активности лактатдегидрогеназы в ПЖ мало информативно. Следует сопоставлять значение данного показателя в ПЖ и в сыворотке крови. Если активность лактатдегидрогеназы в ПЖ составляет 60% и более степени активности лактатдегидрогеназы в сыворотке крови, то данная жидкость является экссудатом, причём, чем выше этот показатель, тем выше вероятность, что данный экссудат опухолевый.

Уровень глюкозы в ПЖ соответствует уровню глюкозы крови и составляет 3.9-5.5ммоль/л. При ВЗОМТ матки наблюдается уменьшение глюкозы в экссудате за счет повышения утилизации ее лейкоцитами и микроорганизмами, находящимися в нём.

Таблица 4.5. Дифференциальная диагностика экссудатов и транссудатов

Показатели	Транссудат	Пограничная жидкость	Экссудат
Главные критерии			
Общий белок жидкость/кровь	0,2-0,3	0,4-0,5	0,6-0,9
ЛДГ жидкость/кровь	< 0,6		> 0,6
Дополнительные критерии			
Внешний вид	Прозрачный, желтого цвета, водянистый		Мутный, гнойный кровянистый, желеобразный
Общий белок г/л	<30		>30(больше половины уровня в сыворотке крови)
Фракции белка	Преобладают альбумины		Преобладают глобулины
Фибриноген и мономеры фибрина	Не определяется		Определяется
ЩФ жидкость/кровь	Приближается к нулю		1,0
Амилаза	Не определяется		Может быть определена
Глюкоза	Как в крови		Ниже чем в крови
Удельный вес	<1,015		>1,015
pH	>7,35	7,35-7,2	<7,2
Количество эритроцитов	Единичные		>0,1×10 ¹² /л
Количество лейкоцитов	<1×10 ⁹ /л (свыше 50% моноцитов и лимфоцитов)		>1×10 ⁹ /л (с увеличением нейтрофилов)
Клетки	Единичные		Много

Таблица 4.6. Дифференциальная диагностика опухолевых и неопухолевых экссудатов

Показатели	Экссудат опухолевый	Экссудат не опухолевый
Общий белок жидкость/кровь	около 1,0	0,6-0,9
ЛДГ жидкость/кровь	>0,8	0,6-0,8
ЩФ жидкость/кровь	>1,0	<1,0
Эритроциты ×10 ¹² /л	>10	периодически
Лейкоциты ×10 ⁹ /л	>10	<10

IV этап: биохимическое типирование экссудата (воспалительная панель биохимических параметров, биохимические маркеры опухолей).

Нами проведено исследование белков острой фазы (С-реактивный белок, церулоплазмин, трансферрин) и белков ингибиторно-протеазной системы (α_1 -антитрипсин, α_2 -макроглобулин, эластазо- и трипсиноподобные протеиназы) в сыворотке крови и перитониальной жидкости у больных сальпингоофоритами, доброкачественными опухолями матки и её придатков. Для оценки диагностической ценности полученных данных использовали один из статических критериев – диагностическая эффективность (ДЭ), который определяется как процентное отношение истинных, то есть правильно отражающих состояние обследуемых пациентов результатов исследований к общему числу исследований. Считается, что показатель, для которого высчитанная таким образом эффективность более 80%, является диагностически значимым и может применяться в практической работе.

Определение эластазо- и трипсиноподобной активности в сыворотке крови в диагностически трудных случаях позволяет установить диагноз сальпингоофорита даже при отсутствии системного

воспалительного ответа. При этом трипсиноподобная активность сыворотки крови выше 5,6 нмоль/мин/мл с диагностически достаточной значимостью (98,2%) указывает на наличие сальпингоофорита. Активность эластазоподобных протеиназ сыворотки крови более 3,0 нмоль/мин/мл в 93% случаев подтверждает этот диагноз.

Определение биохимических маркеров воспаления в ПЖ, позволяет оценить наличие локального воспалительного ответа со стороны внутренних половых органов. Рекомендуемая конstellляция маркеров патологического процесса определяемых в перитонеальной жидкости: церулоплазмин, трансферрин, С-реактивный белок, трипсиноподобная и эластазоподобная активности. В качестве величин сравнения брались биохимические показатели ПЖ у женщин без заболеваний внутренних половых органов (табл. 4.7).

Таблица 4.7. Биохимические показатели ПЖ у женщин без патологии внутренних половых органов

Показатель в ПЖ	Здоровые женщины
Трансферрин г/л	1,74±0,39
Церулоплазмин мг/л	284±91,7
CRP мг/л	8,4±3,1
Трипсиноподобная активность нмоль/мин/мл	4,19±0,44
Эластазоподобная активность нмоль/мин/мл	3,12±0,5
α_1 -АТ г/л	2,76±0,52
α_2 -МГ г/л	5,58±0,73

Активность трипсиноподобных протеиназ в ПЖ в пределах 4,4-6,8 нмоль/мин/мл указывает на наличие миомы матки, а уровень активности выше 7,2 нмоль/мин/мл характерен для сальпингоофорита в 96,4% случаев. Эластазоподобная активность выше 3,8 нмоль/мин/мл указывает на наличие у женщины миомы матки (табл. 4.8).

Таблица 4.8. Уровни биохимических показателей ПЖ характерные для заболеваний внутренних половых органов у женщин

Показатель в перитонеальной жидкости	Сальпингоофорит	Кисты (кистомы) яичников	Миома матки
Трансферрин г/л	2,91±0,47	-	-
Церулоплазмин мг/л	425,7±68	-	-
CRP мг/л	30,5±18,3	-	-
Трипсиноподобная активность нмоль/мин/мл	8,03±0,86	-	5,62±1,22
Эластазоподобная активность нмоль/мин/мл	-	3,73±0,15	4,09±0,3
α_1 -АТ г/л	<	<	<
α_2 -МГ г/л	<	<	<

- диагностического значения не имеет
< показатель ниже, чем у здоровых женщин

Диагноз сальпингоофорита подтверждается, если уровень церулоплазмина в ПЖ выше 358 мг/л (96,7%).

Активность С-реактивного белка в ПЖ выше 12 мг/л со значительной вероятностью указывает на наличие сальпингоофорита.

Прогностический уровень трансферрина выше 2,4 г/л характерен так же для сальпингоофорита.

При всех патологических процессах внутренних половых органов женщин наблюдается резкое снижение α_1 -антитрипсина и α_2 -макроглобулина в ПЖ в отличие от сыворотки крови, где их уровень находится в пределах референтных величин. Это

говорит о дефиците ингибиторов протеолитических ферментов в патологическом очаге. Отсутствие тенденции к нормализации показателей и низкий уровень эндогенных ингибиторов в ПЖ и плазме крови, свидетельствует о снижении защиты от гиперпротеолиза и является неблагоприятным прогностическим признаком в течении и исходе заболевания.

Таким образом, нами предлагаются дополнительные биохимические критерии диагностики и дифференциации воспалительных и опухолевых процессов внутренних половых органов женщин. Которые помогают оценить как на системном, так и на локальном уровнях состояние ингибиторно-протеазной системы в качестве характеристики противовоспалительной реактивности организма. Противопоказаний к применению способа не выявлено.

К числу весьма распространенных в настоящее время генитальных инфекций относятся генитальный герпес, генитальная цитомегалия и папилломавирусная инфекция. Передача вирусов - возбудителей этих инфекций происходит при половом контакте. Несмотря на то, что подавляющее большинство взрослых людей имеют антитела к этим вирусам, иммунитета к реинфекции нет, а само заболевание носит рецидивирующий характер [86].

Нами разработана и внедрена в практическую деятельность ЛПО акушерско-гинекологического профиля Гродненской области методика диагностического применения герпетической вакцины [90]. Методика основана на выявлении очаговой реакции гиперчувствительности замедленного типа, всегда сопровождающей любые локализации герпетической инфекции. Действующим началом герпетической вакцины являются специфические антигены ВПГ, стимулирующие в основном клеточные механизмы противовирусной резистентности организма человека. Показаниями для применения герпетической вакцины являются наличие воспалительного процесса матки и придатков неясного генеза, а также затяжное и длительное течение воспалительных процессов, не поддающихся лечению или при малоэффективности традиционной терапии.

Кроме вышеприведенного, для диагностики вирусной инфекции применяются следующие методы [135, 308]:

1. Вирусологический метод. Материалом для заражения культуры тканей могут служить кровь, цервикальное отделяемое, слюна, моча, амниотическая жидкость (при трансабдоминальном амниоцентезе). Наиболее сложным для интерпретации объектом исследования является моча, так как вирусурия часто наблюдается при бессимптомном течении заболевания. Достоверным признаком вирусной инфекции служит виремия, поэтому идентификация вирусов в крови является основным вирусологическим методом. Известны следующие его варианты: а) традиционное выявление способом культивирования считается достоверным и чувствительным методом диагностики. Но метод требует строгого соблюдения временных рамок доставки материала, занимает довольно много времени (до 2 месяцев), дорогостоящ и потому практического значения сегодня не имеет; б) “проба на оболочку” – экспресс-метод культивирования вируса с определением ранних вирусных антигенов с помощью моноклональных антител. Время выполнения анализа 24–48 часов, чувствительность – 85%; в) сенсibilизирование с предварительной обработкой культур тканей для увеличения чувствительности выделения вирусов.

2. Цитологический метод. Простой и доступный, его чувствительность равна примерно 50%. Возможен цитоскопический анализ осадков слюны и мочи, молока и других секретов после окраски по Папаниколау. Соскобы берутся у беременных со слизистой влагалища и канала шейки матки. Недостатками метода являются необходимость инвазивной процедуры, предварительного установления участка поражения органа, что не всегда возможно, в частности, при диссеминированном процессе.

3. Сероиммунологический метод. Из всех его вариантов для обнаружения специфических антител (проявления иммунного ответа) чаще всего применяется метод иммуноферментного анализа (ИФА). Его чувствительность – 99%, специфичность – 95%. В период беременности обязательным является сероиммунологическое обследование инфицированных женщин не реже 1 раза в 1,5–2 месяца для своевременного выявления IgM-антител или нарастания концентрации суммарных противцитомегаловирусных антител (диагностически значимо 4–кратное повышение титров IgG в парных сыворотках). Обнаружение IgM-антител и увеличение титров суммарных антител у беременной являются показанием к обследованию крови плода с помощью ИФА, для чего проводят операцию кордоцентеза в сроки от 22 до 32 недель гестации. Серодиагностика дает ретроспективную информацию о наличии вирусов.

Из других сероиммунологических методов важное значение имеет метод прямого выявления вирусных антигенов, который является альтернативой обнаружения вируса в биологических жидкостях. При этом чаще всего используют иммунофлюоресцентный метод (чувствительность 88%).

4. Метод определения вирусного генома. Отличается высокой точностью и чувствительностью. Его разновидностью является метод ПЦР. Метод дает возможность качественного и количественного анализа ДНК вируса в биологических жидкостях и тканях. Достоинствами метода являются высокая специфичность (100%), чувствительность (90–97%), быстрота исследования (несколько часов), возможность определения концентрации вируса и активности инфекции, использования при скрининге сравнительно большого числа образцов. Метод позволяет выявить вирусы в любой клетке, если в ней есть хотя бы одна молекула вирусной ДНК, т.е. хотя бы один вирус. Концентрация ДНК вируса служит надежным прогностическим и диагностическим маркером развития явной вирусной инфекции.

5. В настоящее время нами разработана и внедрена в практическую деятельность ЛПО Гродненской области новая методика диагностики ВПГ при использовании герпетической вакцины [90]. Методика применения герпетической вакцины основана на выявлении очаговой реакции гиперчувствительности замедленного типа, всегда сопровождающей любые локализации герпетической инфекции. Действующим началом герпетической вакцины являются специфические антигены ВПГ, стимулирующие в основном клеточные механизмы противовирусной резистентности организма человека. Показаниями для применения герпетической вакцины являются наличие воспалительного процесса матки и придатков неясного генеза, а также затяжное и длительное течение воспалительных процессов, не поддающихся или при малоэффективности традиционной терапии.

Следует отметить, что с учетом возможной гипердиагностики вирусная инфекция должна быть верифицирована не менее чем двумя методами.

При выявлении вирусной (герпетической, цитомегаловирусной, Коксаки, энтеро- и др.) инфекции обязательным является исследование параметров клеточного и гуморального иммунитета, интерферонового статуса. Как уже отмечалось выше, возникновение ВЗОМТ, в том числе гнойно-септические послеродовые осложнения, в значительной степени зависит от полноценности неспецифических и иммунологических защиты организма женщины и, в частности, от состояния антиинфекционной резистентности. Система иммунитета одной из первых страдает при воздействии экстремальных факторов природной среды, а ее нарушения лежат в основе патогенеза хронических ВЗОМТ [221]. Например, известно, что у пациенток с вирусной инфекцией имеет место иммунодефицитное состояние, которое сопровождается нарушениями в клеточном звене иммунитета, с угнетением функциональной активности иммунокомпетентных клеток и клеток моноцитомакрофагального ряда, а также нарушением регуляторных взаимоотношений в иммунной системе. Так, при герпетической инфекции характерным является снижение абсолютного содержания Т-лимфоцитов (СД 3 +), по-видимому, за счет значительного снижения Т-хелперов (СД 4 +) и увеличения содержания В-лимфоцитов [86].

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что увеличение частоты воспалительных заболеваний мочеполового тракта, а также возникновение условий их хронизации, сопровождаются нарушениями иммунологической реактивности. В то же время рутинное однократное определение иммунного статуса у этих категорий больных позволяет выявить существенные изменения уровней иммунологических показателей только у части пациенток. При этом следует отметить, что по отдельным параметрам иммунограммы выявить каких-либо закономерных нарушений в иммунной системе просто не удастся [60]. В связи с этим, актуальной является проблема создания технически простого и диагностически значимого метода, позволяющего оценивать иммунологическую реактивность женского организма и на его основе прогнозировать течение воспалительного процесса гениталий, в первую очередь, у женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность, для правильной и полной прегравидарной подготовки.

Проблема создания технически простого и диагностически значимого способа, позволяющего оценивать системную реакцию женского организма на воздействие инфекта и на его основе прогнозировать течение воспалительного процесса, является одной из важнейших в акушерско-гинекологической практике.

Существующие методы оценки и прогнозирования течения воспаления – бактериологическое и цитологическое исследование вагинального секрета и воспалительного экссудата, измерение площади, охваченной воспалительным процессом, рН-метрия, оценка общей реактивности организма и его регенерационной способности методами «кожного окна» и кожных камер – технически сложны, не раскрывают механизмов протекания воспалительного процесса гениталий и не могут удовлетворить практикующих врачей акушеров-гинекологов. Кроме того, практическая ценность применяемых методов оценки течения воспалительного процесса в значительной мере снижена, так как подавляющее большинство данных

получено в эксперименте на животных. Следует также отметить, что существующие тесты позволяют, в основном. Изучить местное течение воспалительного процесса и недостаточное внимание уделяют общеорганизменным его проявлениям [38, 140].

В связи с этим нами была поставлена задача на основе изучения иммунного статуса у женщин репродуктивного возраста при помощи разработанного «Способа подготовки пробы лейкоцитов для цитологического исследования» [152, 196, 197] из кожно-вакуумных пузырей создать новый технически простой и диагностически значимый метод оценки течения воспалительного процесса с целью упрощения, стандартизации и повышения диагностической ценности методики.

С этой целью нами были изучены иммунограммы, полученные, как рутинным способом, так и разработанным нами, у 30 здоровых женщин в возрасте 18-22 лет по следующей методике.

На коже внутренней поверхности средней трети левого плеча или предплечья человека с помощью отсасывателя медицинского наносят вакуумную микротравму. При этом при помощи созданных нами специальных камер [Смотрин С.М., Наумов И.А., Островский А.А. Камера для создания кожно-вакуумных пузырей // Национальный центр интеллектуальной собственности: Решение о выдаче патента на полезную модель от 23.12.2003 года № и 20030404; приоритет от 15.09.2003 года] образуют кожно-вакуумные пузыри по следующей методике. После предварительной обработки кожи 70%-ным этиловым спиртом понижают давление до -0,6 кг/см² и поддерживают его в течение 30-45 минут до образования 4-8 пузырей диаметром 4,5-5,5 мм (их объем составляет 20-40 мкл). Жидкость из пузырей берут через 3, 6, 12 и 24 часа от начала воздействия отрицательного давления. Для сохранения пузырей неповрежденными в течение указанных промежутков времени на участок кожи, подвергшийся воздействию неполного вакуума, помещают марлевый тампон, который фиксируют с помощью полосок лейкопластыря. Первую часть забранной из полости кожно-вакуумных пузырей жидкости используют для подсчета абсолютного количества лейкоцитов (применяют камеру Горяева). Вторую часть пузырьной жидкости помещают на предметное стекло. В ней после окраски по Романовскому определяют относительное содержание различных форм лейкоцитов, подсчитывая не менее 200-300 клеток [142, 144]. Третью часть забранной жидкости используют для иммунофенотипирования лимфоцитов с использованием диагностикумов на основе моноклональных антител (по Новикову Д.К., Новиковой В.И). Определению подлежат Т-лимфоциты (CD 3), Т-хелперы (CD 4), Т-супрессоры (CD 8) и В-лимфоциты (CD 19), а также иммуноглобулины классов А, М, G (по Манчини).

Способ оценки воспалительного процесса организма при внешнем воздействии включает динамическое (с 3 до 24 часов наблюдения) определение иммунограмм жидкости из полости кожно-вакуумных пузырей и отличается возможностью определения развернутой картины иммунологической реактивности на стандартную кожную микротравму [124, 144].

Анализ материала показал, что у здоровых женщин репродуктивного возраста в зависимости от индивидуальных особенностей реактивности организма наблюдаются 3 возможных типа иммунограмм пузырьной жидкости, представленные в таблицах 4.9., 4.10., 4.11.

Для нормоэргического типа иммунограммы, зарегистрированного у 25 обследованных, характерно значительное устойчивое преобладание нейтрофильной эмиграции в пузырную жидкость с постепенным на протяжении суток нарастанием моноцитарной эмиграции лейкоцитов, иммунорегуляторный индекс на протяжении суток составляет 1,1-1,3.

Гипоэргический тип иммунограммы, зарегистрированный у 3 обследованных, характеризуется устойчивой динамикой в течение суток нарастания моноцитарной эмиграции в пузырную жидкость с перекрестом между 6 и 12 часами исследования, снижением удельного веса Т-хелперов и увеличением удельного веса Т-супрессоров, снижением иммунорегуляторного индекса до 0,8-0,9. Как показали дальнейшие исследования именно гипоэргический тип иммунограмм характерен для больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки. В связи с этим, выявление данного типа иммунограмм у здоровых женщин, по нашему мнению, является важным прогностическим критерием для проведения у них целенаправленной прегравидарной подготовки, направленной на предотвращение в том числе и интраамниального инфицирования.

Для гиперэргического типа иммунограммы, зарегистрированного у 2 пациенток, характерна незначительная в течение суток динамика нейтрофильной и моноцитарной эмиграции в пузырную жидкость, увеличение удельного веса Т-хелперов и уменьшение удельного веса Т-супрессоров, увеличение иммунорегуляторного индекса до 1,5-1,7.

Таблица 4.9. Нормоэргический тип иммунограммы

Показатели иммунограммы	3 часа	6 часов	12 часов	24 часа
Абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм ³	420-560	1670-2120	2990-3930	2410-3540
Нейтрофилы, %	86,1+1,4	67,6+3,5	61,3+2,5	55,2+4,4
Макрофаги, %	9,99+1,4	27,3+3,2	32,9+2,4	39,9+3,9
Лимфоциты, %	1,49+0,30	1,96+0,40	2,42+0,50	3,00+0,70
<i>T</i> -лимфоциты (CD 3), %	47,8+2,3	49,4+2,6	52,6+2,9	59,3+1,9
<i>T</i> -хелперы (CD 4), %	32,2+2,1	31,6+2,1	31,7+1,9	31,9+1,8
<i>T</i> -супрессоры (CD 8), %	28,4+3,9	26,6+4,6	24,8+4,6	26,5+3,4
Имунорегуляторный индекс (CD 4/CD 8)	1,1-1,2	1,1-1,2	1,1-1,3	1,1-1,3
<i>B</i> -лимфоциты (CD 19), %	12,3+1,8	13,6+2,9	14,5+1,2	12,5+1,1
Имуноглобулины А, г/л	1,6-1,8	1,5-1,8	1,8-2,0	1,8-1,9
Имуноглобулины М, г/л	1,1-1,2	1,1-1,2	1,0-1,2	1,1-1,2
Имуноглобулины G, г/л	10,2-12,1	10,6-12,2	10,1-11,7	10,3-11,8

Таблица 4.10. Гипоэргический тип иммунограммы

Показатели иммунограммы	3 часа	6 часов	12 часов	24 часа
Абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм ³	220-340	970-1420	1840-2650	980-1870
Нейтрофилы, %	72,1+1,6	52,9+5,1	41,7+2,7	31,2+3,1
Макрофаги, %	15,9+1,5	44,7+2,8	55,8+1,4	65,3+3,8
Лимфоциты, %	1,31+0,11	1,74+0,32	1,13+0,35	1,13+0,64
<i>T</i> -лимфоциты (CD 3), %	47,8+3,1	46,3+1,9	48,7+2,1	48,2+2,7

<i>T</i> -хелперы (CD 4), %	26,1±1,1	26,4±2,2	25,5±1,8	26,8±2,1
<i>T</i> -супрессоры (CD 8), %	30,1±1,8	30,6±2,6	27,8±1,6	29,5±2,3
Иммунорегуляторный индекс (CD 4/CD 8)	0,8-0,9	0,8-0,9	0,8-0,9	0,8-0,9
<i>B</i> -лимфоциты (CD 19), %	12,3±1,3	14,6±1,4	14,5±2,1	13,7±1,2
Иммуноглобулины А, г/л	1,2-1,4	1,3-1,4	1,3-1,5	1,2-1,4
Иммуноглобулины М, г/л	1,1-1,4	1,1-1,4	1,1-1,4	1,1-1,4
Иммуноглобулины G, г/л	8,1-10,0	8,4-9,8	9,0-10,0	9,3-10,1

Таблица 4.11. Гиперергический тип иммунограммы

Показатели иммунограммы	3 часа	6 часов	12 часов	24 часа
Абсолютное количество лейкоцитов в 1 мм ³	610-860	2140-2570	3990-4880	3610-3990
Нейтрофилы, %	80,2±1,1	77,4±1,6	72,5±1,9	70,3±2,2
Макрофаги, %	19,3±0,33	20,4±1,4	21,8±1,8	25,4±2,1
Лимфоциты, %	2,11±0,11	2,43±0,21	3,23±0,19	3,11±0,53
<i>T</i> -лимфоциты (CD 3), %	45,3±1,4	44,4±2,1	46,5±2,8	45,8±1,8
<i>T</i> -хелперы (CD 4), %	36,3±3,3	37,2±2,3	34,7±3,9	35,7±1,8
<i>T</i> -супрессоры (CD 8), %	21,3±1,8	22,5±2,7	20,6±1,9	20,5±1,3
Иммунорегуляторный индекс (CD 4/CD 8)	1,5-1,7	1,5-1,7	1,5-1,7	1,5-1,7
<i>B</i> -лимфоциты (CD 19), %	16,3±1,7	23,4±1,4	24,5±2,3	22,6±2,2
Иммуноглобулины А, г/л	1,7-2,0	1,7-2,1	1,8-2,1	1,8-2,2
Иммуноглобулины М, г/л	1,2-1,4	1,3-1,4	1,2-1,4	1,4-1,5
Иммуноглобулины G, г/л	12,2-12,8	12,6-14,2	12,1-14,7	12,3-14,8

Преимущества разработанного метода по сравнению с прототипами:

1. минимальная болезненность при нанесении микротравмы и заборе цитологического материала;
2. высокая стандартность в нанесении микротравмы и заборе цитологического материала;
3. не требует специального оборудования для нанесения микротравмы и забора цитологического материала;
4. не требует значительных усилий для поддержания асептичности (в течение минимум 48 часов пузырьная жидкость сохраняет стерильность при сохранении целостности крыш кожно-вакуумных пузырей);
5. характер воспалительной эмиграции в полость кожно-вакуумных пузырей соответствуют параметрам асептического воспаления;
6. асептическое воспаление в кожно-вакуумных пузырях протекает в условиях максимально приближенных к состоянию внутренней среды организма;
7. позволяет в течение суток провести оценку иммунологической реактивности организма при развитии воспалительного процесса;
8. позволяет значительно повысить диагностическую значимость метода.

Как очевидно из представленных таблиц, в период с 6 до 24 часов от начала воздействия неполного вакуума у здоровых женщин репродуктивного возраста наблюдается достоверное изменение большинства абсолютных и относительных

показателей иммунограмм пузырной жидкости. Состав воспалительной лейкосуспензии пузырной жидкости испытывает наибольшие влияния индивидуальных особенностей организма также в этот период наблюдения. В связи с этим нами предложено проводить исследования пузырной жидкости на сроки 6 и 24 часа. Кроме того, эти сроки исследования находятся в приемлемом временном диапазоне и с клинико-лабораторной точки зрения оптимальны для процедуры образования кожно-вакуумных пузырей и исследования пузырной жидкости.

На предложенный метод поданы 2 заявки на изобретение [Смотрин С.М., Островский А.А., Наумов И.А., Кузнецов А.Г. Способ прогнозирования течения I фазы заживления послеоперационных ран // Национальный центр интеллектуальной собственности: Решение о выдаче патента на изобретение от 30.01.2004 года № а 19990597; приоритет от 14.06.1999 года] и [Смотрин С.М., Наумов И.А., Островский А.А., Шейбак В.М., Головкин Е.В. Способ оценки системной реакции организма на внешнее воздействие // Национальный центр интеллектуальной собственности: Уведомление о положительном результате предварительной экспертизы от 20.10.2003 года № а 20030763; приоритет от 24.07.2003 года].

4.5. Беременность и инфекционные осложнения.

Приоритетность и значимость проблем, связанных с вирусной и/или бактериальной инфекциями, развитие которых возможно лишь в условиях иммунодефицита, не вызывает сомнений. Классической “моделью” физиологической иммуносупрессии является беременность. Поэтому сочетание инфекции и беременности представляется особо неблагоприятным, так как легкая или даже бессимптомная инфекция у беременной может привести к тяжелым поражениям плода, вплоть до его гибели.

Современной медицинской науке известно до 2500 различных инфекций. Теоретически в период беременности и до ее наступления женщина может заболеть любой из них, и каждая инфекция может оказать негативное воздействие на рост и развитие эмбриона и плода. Спектр возбудителей перинатальных инфекций обширен.

Острые и хронические инфекции играют важную роль в развитии осложнений беременности (самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, ВПР, преждевременные роды, аномалии прикрепления и предлежания плаценты, ФПН, ЗВУР и его гипоксия, ВУИ и др.) и родов (несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода, аномалии отделения последа, гипотония матки, кровотечения и др.) [7, 12, 26, 271].

В 1971 году ВОЗ выделил TORCH - КОМПЛЕКС как группу вирусных, бактериальных инфекций, вызывающих стойкие структурные изменения в организме матери и плода (Т – ТОКСОПЛАЗМОЗ, О - OTHER (ДРУГИЕ - сифилис, хламидиоз, энтеровирусная инфекция, гепатит А, В, гонококковая инфекция, листериоз; к вероятным инфекциям в этой группе относятся корь, эпидемический паротит; гипотетические инфекции - грипп А, лимфоцитарные хориоменингит, вирус папилломы человека), R - РУБЕЛЛА (КРАСНУХА), С - ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ, Н - ГЕРПЕСНАЯ ИНФЕКЦИЯ). В структуре ПС наиболее часто встречаются микоплазмоз (12%), герпес (10%), хламидиоз (8%), ОРВИ (8%),

цитомегаловирусная инфекция (6%), грибы рода кандиды (2-3%), гепатит В и листериоз (1-2%).

Симптомокомплекс воздействий, оказывающий непосредственное и опосредованное влияние на организм матери и плода при возникновении TORCH – инфекций, включает гипертермию, патологическое воздействие микроорганизмов и их токсинов, нарушение процесса плацентации, нарушения обменных процессов. При этом конкретный характер поражения плода зависит от вида возбудителя, его численности и вирулентности (не существует параллелизма между вирулентностью и поражением), характера инфекционного процесса (также не существует прямой зависимости между тяжестью процесса и характером инфекционного процесса), пути проникновения от беременной к плоду.

Наиболее частым путем распространения инфекционного агента является восходящий, характерный для ИППП. Кроме того, встречаются случаи трансплацентарного инфицирования, а также нисходящего и трансмурального пути передачи инфекции от матери к плоду [239].

Сам процесс ВУИ может происходить антенатально и интранатально. Инфекционные эмбриопатии возникают с 3 по 12 недели (нарушение закладки органов и систем вызывает тератогенный и эмбриотоксический эффект). Чаще всего вызывается вирусами. Инфекционные фетопатии возникают с 16 недель беременности и могут вызываться до момента наступления родов. При этом могут возникнуть такие ранние фетопатии как фиброэластоз эндокарда, поликистоз, микро- и гидроцефалия. Поздний фетальный период инфицирования наблюдается с 6 месяцев. При этом могут развиваться энцефалит, гепатит, пневмония, интерстициальный нефрит. Под влиянием вирусов в позднем фетальном периоде появляются функциональные нарушения: признаки незрелости, дисэмбриогенетические стигмы, снижение адаптационных возможностей плода, отставание в умственном и физическом развитии. Степень возможных нарушений зависит, как от способности плода к иммунному ответу, так и защитных резервов организма матери [273].

Инфекционные поражения матери различны и характеризуются осложнениями беременности и родов, внутриутробным поражением плода, заболеваниями новорожденных.

Все вышеотмеченное определяет важное значение предлагаемого нами алгоритма обследования беременных с высоким инфекционным «риском», который включает:

1. Тщательный сбор анамнеза и выявление пациенток группы «риска» по развитию инфекции. Прежде всего, выясняют возраст беременной и супруга (партнера), условия их труда и быта, особенности питания, наличие профессиональных вредностей и вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания, избыточное потребление кофе и др.), генетическую предрасположенность к заболеваниям, данные соматического, аллергологического, акушерско–гинекологического анамнеза. Особое внимание уделяют наличию ХВЗПМ и нижних отделов гениталий (часто рецидивирующие кольпиты, эктопии шейки матки, ХЭ и ХРС и др.), дисфункции яичников, длительной внутриматочной контрацепции, бесплодия и т.д. Важное значение имеют и хронические воспалительные процессы в органах мочевыделительной, дыхательной, пищеварительной систем, другая ЭГП.

Необходимы данные о течении предыдущих беременностей (самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, ВПР и антенатальная гибель плода, ФПН, хроническая гипоксия и/или ЗВУР, преждевременные роды, внутриутробная инфекция, аномалии прикрепления плаценты и др.) и родов (несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности и отделения последа, выраженный травматизм мягких тканей родовых путей и пр.).

Обращают внимание и на заболевания новорожденного (везикулез, конъюнктивит, пневмония, синдром дыхательных расстройств, воспалительные заболевания головного мозга, гипотрофия, тимо- и гепатоспленомегалия, сепсис и др.), наличие в семье детей–инвалидов с рождения, с детским церебральным параличом или другими заболеваниями ЦНС различной степени тяжести, с отставанием в развитии.

2. Клинико–лабораторное обследование беременных с высоким инфекционным «риском» включает стандартные, специфические и дополнительные методы исследования [141].

Предварительно выявляют жалобы беременной, проводят общий и гинекологический осмотры.

К стандартным методам исследования относятся: определение группы крови, резус–фактора и титра антител к нему, серологические пробы на RW, ВИЧ, HBs– и HCV–антигены, клинические анализы крови и мочи, биохимические и реологические исследования крови беременной, микроскопия мазка влагалища. У всех беременных регулярно определяют вес, его прибавку, высоту стояния дна матки, окружность живота, измеряют пульс, АД. После 18–20 недель гестации обязательно выясняют данные о шевелении плода.

При неосложненной беременности до 20–й недели осмотры проводят 1 раз в месяц, с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц, с 28 до 40 недель – каждую неделю. При наличии вирусной и/или бактериальной инфекции наблюдения за беременной осуществляют чаще (как правило, по показаниям).

Весьма информативным является анализ показателей гемостаза. В организме женщины при неосложненной беременности происходит целый ряд адаптационно–приспособительных процессов, направленных на обеспечение адекватного течения гестационного периода, роста и развитие плода. Значительная перестройка жизнедеятельности организма беременной сопряжена с изменениями в системах крови, гемостаза, эндокринной, иммунной, биохимического состояния организма. Кроме того, при плацентарной недостаточности, которая встречается у беременных с инфекцией примерно в 60% случаев, характерными являются тромбоцитопения, гиперфибриногенемия, увеличение агрегации тромбоцитов и эритроцитов, а также повышение структурной вязкости крови с развитием хронической формы ДВС–синдрома. Следовательно, лабораторные показатели небеременных и беременных женщин различны, особенно при развитии осложнений беременности.

В настоящее время, среди существующих справочников по лабораторным тестам нет таких, в которых можно найти нормативы физиологического состояния беременных женщин. В связи с этим назрела необходимость иметь обобщенные сведения. Тем более, как показывает опыт работы, для оценки состояния здоровья и диагностики различных заболеваний беременных, врачи используют нормы,

характерные для небеременных женщин, что может привести к неверной интерпретации результатов.

Во время физиологической беременности в организме матери отмечаются выраженные сдвиги гомеостаза внутренней среды, направленные на сохранение и развитие плода. Обмен веществ у беременных характеризуется преобладанием процессов ассимиляции. Одновременно увеличивается и количество продуктов диссимиляции (углекислый газ, азотистые соединения и др.). Отмечается увеличение объема циркулирующей крови, что рассматривается как защитная реакция организма на предполагаемую в родах кровопотерю и, как результат этого, улучшается кровоснабжение жизненно важных органов, таких как печень, почки, эндокринные железы. Наибольшие изменения происходят в матке в связи с интенсивной гипертрофией и гиперплазией гладкомышечных элементов и ростом плодного яйца. Отмечается увеличение клубочковой фильтрации (начиная уже с 15-17 нед. беременности, которая достигает максимума к 20 –25 нед.). В дальнейшем клубочковая фильтрация стабилизируется на достигнутых величинах и даже несколько снижается. Параллельно изменяется диурез [8, 263].

Большие изменения происходят в эндокринной системе. Гипофиз, особенно его передняя доля увеличиваются. Гормоны гипофиза – гонадотропный, АКТГ, лактогенный играют большую роль в изменении обменных процессов организма беременной. Повышение гормональной функции гипофиза сопровождается нередко умеренными признаками акромегалии. В яичниках вырабатываются эстрогены и прогестерон (способствует развитию децидуальной оболочки матки, гиперплазии мышц, снижает сократительную функцию матки – этим обеспечиваются благоприятные условия для развития плода). Выраженной гормональной деятельностью обладает плацента, вырабатывающая прогестерон, плацентарный лактоген, эстрогенный гормон и хорионический гонадотропин. Это высокоэффективные анаболические гормоны, некоторые по своему действию напоминающие соматотропин. Стероидные гормоны влияют на содержание многих компонентов в плазме крови и при беременности, сопровождающейся очень значительным повышением содержания эстрогенов и прогестерона в крови, изменяют концентрацию многих веществ плазмы. Щитовидная железа во время беременности несколько увеличивается. В первой половине беременности отмечается ее гиперфункция, в связи, с чем меняется основной обмен. При этом повышение общего Т4 плазмы связано с увеличением тироксинсвязывающего глобулина, а свободный Т4 остается в пределах нормы [27, 84, 274].

Таким образом, при физиологической беременности мы наблюдаем изменения во всех видах обмена.

При беременности снижение общей концентрации белка в плазме крови, по-видимому, обусловлено как частичным разведением, вследствие задержки жидкости в организме, так и понижением концентрации альбумина. Снижение уровня альбумина обусловлено в основном усиленным использованием его на биосинтетические процессы. Однако нельзя исключать, как влияющий фактор, изменение проницаемости сосудистых мембран и перераспределения жидкостей и белка в экстрацеллюлярном секторе, нарушения гемодинамики.

Изменение гормонального фона приводит к увеличению содержания многих специфических белков-переносчиков, что сопровождается пропорциональным увеличением содержания связанного с ним соединения. При этом фракция соединения, не связанная с белком, не изменяется, а именно она определяет биологические эффекты. Изменения концентрации белков крови обнаруживаются и на протеинограмме. В первом и во втором триместре беременности отмечается уменьшение альбумина, что связано с физиологической гиперводемией в этот период. В последнем триместре выявляется увеличение альфа-1-глобулиновой фракции, главным образом за счет α_1 -антитрипсина (при беременности его уровень может повышаться в 2 раза), α_1 -кислого гликопротеида, альфа-фетопротеина, а α_2 -глобулиновая фракция может повышаться за счет белков, связанных с беременностью (начинают повышаться с 8–12 недели и достигают максимума в III триместре), α_2 -макроглобулина, церулоплазмينا, β -глобулины увеличиваются из-за роста концентрации β_1 -гликопротеида беременности (увеличение этого белка коррелирует с массой плаценты), β -липопротеидов и трансферрина. В большинстве случаев наблюдается незначительное увеличение уровня γ -глобулинов [15, 34, 91].

Незначительные изменения СРБ, наблюдаемые чаще в ранние сроки беременности, могут быть реакцией организма на процессы пролиферации [91].

Изменение объема циркулирующей крови и кровоснабжения почек приводит к изменению в азотвыделительной функции почек. Происходит задержка и накопление азотистых веществ, при этом общее количество остаточного азота не изменяется за счет некоторого снижения мочевины, особенно в поздние сроки беременности в связи с повышенной утилизацией белка (положительный азотистый баланс). Снижение креатинина наблюдается максимально в I–II триместре (концентрация креатинина может снижаться почти в 1,5 раза) и связано с ростом объема мышечной массы матки и плода. Снижение уровня метаболитов азотистого обмена является и результатом повышенного клиренса за счет усиления кровоснабжения почек. Уровень мочевой кислоты чаще снижен за счет преобладания процессов ассимиляции, но даже незначительные нарушения функции почек могут привести к ее увеличению. Усиление белкового обмена сопровождается образованием значительного количества промежуточных токсических продуктов (молекул средней массы) накопление которых приводит к появлению симптомов токсемии [12].

Липидный обмен у беременных претерпевает существенные изменения. Усиливаются окислительные процессы, происходит повышенная утилизация холестерина в надпочечниках, плаценте для синтеза стероидных гормонов, синтеза кальцитриола в почках. Это приводит к компенсаторной транзиторной гиперхолестеринемии. В крови увеличивается количество общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности. Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности практически не изменяется. Увеличение уровня эстрогенов ведет к гипертриглицеридемии, чему способствует наблюдаемая гипопропротеинемия, функциональный холестаза. Наблюдается регионарное отложение жира в молочных железах и подкожно-жировой клетчатке, что связывается также с увеличением перехода углеводов в жиры за счет гиперинсулинемии. При этом в организме накапливаются продукты неполного расщепления жиров [238].

Углеводный обмен значительно повышен в связи с повышением энергоемких биосинтетических процессов. Углеводы хорошо усваиваются организмом, откладываясь в виде гликогена в печени, мышцах, плаценте и дедуциальной оболочке матки. Начинает преобладать аэробный гликолиз. Активизируются гликогенолиз и глюконеогенез, усиливается переход углеводов в липиды, кетогенез. Но у плода преобладает анаэробный гликолиз, что приводит к накоплению молочной кислоты и других недоокисленных продуктов, снижающих буферную емкость крови и ведущее к метаболическому ацидозу, который компенсируется вследствие легочной гипервентиляции респираторным алкалозом. Уровень глюкозы крови при физиологической беременности меняется неоднозначно и может как оставаться на обычном уровне, так и снижаться или несколько повышаться, при этом, не достигая уровня гипергликемии. Изменения уровня глюкозы крови у беременной женщины связаны с гормональной деятельностью плаценты (секреция кортизола и плацентарного лактогена, являющихся контринсулярными гормонами) и деятельностью инсулина, в обмене которого при беременности характерно развитие инсулинорезистентности и компенсаторного постепенного роста секреции инсулина. Снижение резистентности периферических тканей зависит от снижения капиллярного кровотока, нарушения трансэндотелиального обмена инсулина с клетками-мишенями и изменением пострецепторного эффекта. Баланс этих процессов и определит уровень глюкозы [301].

Вследствие повышенной проницаемости эпителия почечных канальцев и увеличения скорости клубочковой фильтрации периодически наблюдается кратковременная физиологическая глюкозурия: у 50 – 60% беременных максимальная реабсорбция глюкозы снижена первые 3 месяца, повышаясь затем по мере увеличения скорости клубочковой фильтрации. Наиболее часто сахар в моче появляется при сроке беременности от 27 до 36 недели. Важно отметить, что гликемия у беременных без глюкозурии гораздо ниже, чем у женщин с глюкозурией. Гликозилированный гемоглобин, как маркер контроля метаболизма глюкозы, у беременных не является адекватным. Это обусловлено понижением общего уровня глюкозы крови (примерно на 1 ммоль/л), а также сочетанием со снижением срока полужизни эритроцитов, в виду развития анемического состояния [132].

Газообмен при беременности возрастает в связи с увеличением потребности органов и тканей материнского организма в кислороде, который необходим в больших количествах и развивающемуся плоду. Одновременно происходит накопление углекислоты в крови, что сопровождается усилением легочной вентиляции. Накопление в организме беременной продуктов неполного сгорания белков, липидов и углеводов, задержка углекислоты приводят к нарушению кислотно-основного состояния – развитию физиологического метаболического ацидоза, сопровождающегося нарушением водного обмена. Последний отличается выраженной интенсивностью в связи с повышенной потребностью в воде организма матери и плода. Этому способствует физиологическая гиперфункция гипоталамо-гипофизарной системы. Наблюдается избыточное образование адреногенитального гормона, не соответствующее осмолярности жидкости. Органы и ткани материнского организма имеют выраженную склонность к задержке воды и образованию отеков.

Особенностями минерального обмена у здоровых беременных по сравнению с небеременными является задержка в организме солей натрия, калия, хлоридов. Наблюдается тенденция к снижению минутной экскреции и клиренса электролитов, как осмотически активных веществ, в связи с падением уровня осмолярности в результате увеличения объема циркулирующей крови. Наблюдается задержка фосфора, тесно связанного с обменом кальция. Изменение обмена фосфора согласуется с повышением активности щелочной фосфатазы, свидетельствующей о повышенном метаболизме костной ткани. Рост активности фермента происходит в основном за счет нарастания термостабильной плацентарной и костной изоформ, однако, некоторый прирост может давать и печеночная изоформа в связи явлениями холестаза, наблюдаемыми во второй половине беременности. Из минеральных компонентов наиболее высока потребность в солях кальция, необходимого для формирования скелета плода и может наблюдаться кальциевый дефицит, т. к. плод расходует кальций костей матери. Кальциевый дефицит у беременной может сопровождаться явлениями спазмофилии, судорожным сокращением икроножных мышц. Гипокальциемии способствует наблюдаемая гипопротеинемия и изменение функции паратгормона, дефицит кальцитреола. Важно оценить уровень кальция и с точки зрения необходимости его для сократительной функции матки, участия в процессах свертывания крови и т.д. В целом, потребность в солях кальция при беременности повышается на 600-7000 мг в день. Можно предположить, что развивающаяся у женщин гипокальциемия связана как с нарушением канальцевого транспорта кальция, так и снижением загрузки нефрона по мере повышенного расходования. Повышенный расход железа во время беременности (об этом свидетельствует снижение сывороточного железа, сывороточного ферритина, повышение общей связывающей способности) создает предпосылки к развитию анемии у матери. Снижается содержание всех групп витаминов [149].

Таким образом, во время беременности происходит изменение функционального состояния всех систем, что направлено на поддержание жизнедеятельности плода. Данные биохимических показателей у женщин при нормально протекающей беременности представлены в таблице 4.12 (без учета сроков беременности) [1, 75, 150, 194, 238, 286].

Беременность сопровождается изменениями состава периферической крови. Во-первых, происходит увеличение объема циркулирующей крови (ОЦК), которое начинается на ранних сроках и достигает максимума в III триместре, увеличиваясь на 30–40%. Прирост объема плазмы опережает увеличение массы эритроцитов, что приводит к снижению уровня гемоглобина и гематокрита. Насыщенность эритроцитов гемоглобином и размеры существенно не меняются. С возрастанием ОЦК связано и изменение СОЭ в сторону увеличения. При нормальной беременности возможно увеличение числа лейкоцитов со сдвигом влево, что в свою очередь обусловлено иммунологической перестройкой организма. Количество тромбоцитов во время беременности меняется неоднозначно, все зависит от индивидуальных особенностей. Уменьшение числа тромбоцитов может быть связано со снижением продолжительности их жизни и повышенным потреблением в периферическом кровообращении. Количество ретикулоцитов при нормальном течении беременности

не меняется. Изменения показателей периферической крови представлены в таблицах 4.13., 4.14 [1, 91, 133, 194, 238, 286].

Важную роль в поддержании нормальной деятельности фето-плацентарной системы играет система гемостаза. Изменения в системе гемостаза беременной являются физиологическими и связаны с появлением маточно-плацентарного круга кровообращения. Данный процесс обусловлен различными факторами и представляет собой приспособительную реакцию организма беременной на компенсацию затрат в связи с развитием плода и возможной кровопотерей в родах.

Функционирование системы гемостаза обеспечивается тесным взаимодействием сосудисто-тромбоцитарного, прокоагулянтного, фибринолитического звеньев данной системы и звена ингибиторов свертывания и фибринолиза. По мере развития беременности во всех звеньях свертывающей системы крови происходят изменения, направленные на поддержание равновесия в системе гемостаза.

При физиологическом течении беременности повышается активность прокоагулянтного звена. Наиболее важным следует считать увеличение концентрации фибриногена – основного субстрата свертывания крови. Его концентрация в плазме крови повышается уже на третьем месяце беременности и достигает максимальных значений накануне родов.

Концентрация протромбина в начале беременности не претерпевает выраженных изменений. В конце III триместра беременности отмечается повышение протромбинового индекса, что свидетельствует об активации внешнего пути свертывания крови.

Параллельно повышению концентрации фибриногена и активности внешнего пути коагуляции повышается и активность внутреннего механизма свертывания крови, что находит отражение в укорочении ряда параметров: активированного времени рекальцификации (АВР) и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ).

Таблица 4.12. Биохимические показатели крови

Показатели	Женщины	Беременные
	во внебеременном состоянии	(II-III триместр беременности)
	Белки плазмы	
Общий белок, г/л	60 – 85	N или снижен
Альбумин, г/л (57-67% от общего белка)	35 – 50	28 – 40
С-реактивный белок, мг/л	До 6	до 6
Тимоловая проба, ед	0 – 4	0 – 4
Проба Вельтмана, мл	0,4 – 0,5	0,4 – 0,5
	Углеводы	
Глюкоза, моль/л: сыворотка венозной крови	4,1-6,1	3,8-5,7
капиллярная кровь	3,5-5,2	3,3-5,0
Гликолизированный Hb	4,0 – 6,0 % от общего Hb	4,0 – 6,0 % от общего Hb
	Пигменты	
Билирубин, мкмоль/л: общий	8,5-20,5	8,5-20,5
прямой (25% от общего)	2,1-5,1	2,1-5,1
	Азотистые компоненты	
Мочевина, ммоль/л	3,3 – 8,3	2,8 – 7,1
Креатинин, мкмоль/л	53 – 97	39,8 – 72,8 *
Мочевая кислота, ммоль/л	0,16 – 0,4	0,12 – 0,28
	Электролиты	
Натрий, моль/л	136 – 145	Умеренно повышенен
Калий, моль/л	3,5 – 5,1	4,55 – 6,63
Хлориды, ммоль/л	97 – 108	97 – 108
Кальций, ммоль/л	2,2 – 2,6	202 – 2,4
Магний, моль/л	0,66 – 0,99	снижается
Железо, мкмоль/л	10,22 – 22,0	4,61 – 20,24
Общая железосвязывающая способность, мкмоль/л	44,8 – 76,1	повышается
Сывороточный ферритин, нг/мл	28,3 – 97,7	7 – 36,8
Трансферин, мг/100 мл	189,4 – 294,8	263,6 – 418,2
	Ферменты	
Аланинаминотрансфераза (АЛат), Ед/л (мкмоль/с.л)	7 – 35 (0,12 – 0,6)	7 – 35 (0,12 – 0,6)
Аспаратаминотрансфераза (АСаТ), Ед/л (мкмоль/с.л)	10 – 20 (0,17 – 0,34)	10 – 20 (0,17 – 0,34)
Амилаза, мг/с.л :сыворотка	3,3-8,9	до 19 нед.
моча	до 44	после 19 нед.
Щелочная фосфатаза (ЩФ)Ед/л (нмоль/с.л)	70 – 260 (278-830)	Повышается в 2 раза
	Липиды	
Холестерин, моль/л		повышается
15-19 лет	3,08-5,18	в 2 раза
20-24 года	3,16-5,59	

25-29 лет	3,32-5,75	
30-34 года	3,37-5,96	
35-39 лет	3,63-6,27	
40-44 года	3,91-6,94	
Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП)	0,9 –1,9 (не имеет возрастных изменений)	0,9 –1,9 (не имеет возрастных изменений)
Триглицериды (ТГ), ммоль/л		постепенно повышается
15-24 года	0,41 – 1,48	
25-29 лет	0,42 – 1,63	
30-34 года	0,44 – 1,70	
35-39 лет	0,45 – 1,99	
40-44 года	0,51 – 2,16	

* Наиболее выраженное снижение в I и II триместре беременности.

Таблица 4. 13. Показатели периферической крови

Показатели	Женщины	Беременные
	во внебеременном состоянии	(II-III триместр беременности)
Гемоглобин, г/л	120 – 150	110 – 130
Эритроциты, 10^{12} /л	3,7 –4,7	3,7 –4,7
Гематокрит, %	36 –42	31,2 – 39,4
Лейкоциты, 10^9 /л	4,0 – 9,0	5,6 – 13,0
Цветной показатель (МСН,пг)	0,8 – 1,1 (24,5 – 39,2)	0,8 – 1,1 (23,8 – 35,0)
Тромбоциты, 10^9 /л	150 – 450	150 – 450
Ретикулоциты, ‰	5 – 12	5 – 12
Палочкоядерные нейтрофилы, %	1 – 6	4,5 – 9,0
Сегментоядерные нейтрофилы, %	45 – 70	62,0 – 69,1
Лимфоциты, %	18 – 40	16,2 – 29,2
Моноциты, %	2 – 9	3,7 – 5,6
Эозинофилы, %	0 – 5	1,0 – 2,2
Базофилы, %	0 – 1	0 – 1
СОЭ, мм/ч	2 – 15	12,4 – 35,3
ВСК (по Сухареву)	Начало: 1 – 3мин	Начало: 30 с – 2 мин
	Конец: 3 – 5мин	Конец: 2 – 4мин

К концу беременности наблюдается резкое снижение фибринолитической активности, но, несмотря на это, по мере прогрессирования беременности повышается содержание в плазме основного фактора фибринолиза – плазминогена. Увеличение

концентрации плазминогена возникает в результате снижения активности активаторов плазминогена. Снижение синтеза и высвобождения активаторов плазминогена приводит к снижению фибринолитической активности крови.

К концу III триместра беременности в сыворотке крови повышается концентрация дериватов фибриногена – продуктов деградации фибрина и фибриногена, растворимых комплексов мономеров фибрина, что указывает на интенсификацию процессов внутрисосудистого свертывания крови, по-видимому, в маточно-плацентарном кровотоке.

Изменения в звене ингибиторов свертывания и фибринолиза отражают процессы, происходящие в остальных звеньях системы гемостаза. К основным ингибиторам относятся антитромбин III, С1-инактиватор, а-антиплазмин, а-антитрипсин, протеин С. Все ингибиторы являются белками, обладающими способностью ингибировать два или более факторов свертывания фибринолиза и систему комплемента. Наибольшей активностью обладает антитромбин III. По мере развития беременности происходит постепенное снижение активности антитромбина III. Изменения в системе гемостаза представлены в таблице 15 [1, 91, 133, 194, 238, 286].

Таблица 4.14. Показатели периферической крови на автоматическом анализаторе

Обозначение	Показатели	Женщины во внебеременном состоянии	Беременные (II-III триместр беременности)
RBC	Эритроциты, $10^{12}/л$	3,7 – 4,7	3,7 – 4,7
HCT	Гематокрит, %	36 – 42	
MCV	Средний объем эритроцита, фл.	80 – 95	80 – 95
RDW	Широта распределения эритроцитов по объему (показатель анизоцитоза эритроцитов), фл	11,5 – 14,5	11,5 – 14,5
PLT	Тромбоциты, $10^9/л$	140 – 400	140 – 400
PCT	Тромбокрит (количество тромбоцитов от массы цельной крови), %	0,15 – 0,32	0,15 – 0,32
MPV	Средний объем тромбоцитов, фл	6,2 – 10,0	6,2 – 10,0
WBC	Лейкоциты, $10^9/л$	4,0 – 9,0	
LYM	Лимфоциты (абсол. значение), $10^9/л$	0,72 – 3,6	
GRA	Граулоциты (абсол. значение), $10^9/л$	1,84 – 7,38	
LYM	Лимфоциты, %	18 – 40	
GRA	Гранулоциты, %	46 – 82	
HGB	Гемоглобин, г/л	115 – 145	
MCH	Среднее содержание Hb в эритроците, пг	24,5 – 39,2	
MCHC	Средняя концентрация Hb в эритроците, г/л	30 – 36	30 – 36

Кроме изучения гематологических показателей необходимо также исследовать кровь беременной на титр антител к фосфолипидам, так как в данной группе пациенток именно антифосфолипидный синдром может быть непосредственной причиной самопроизвольных выкидышей и привычного невынашивания.

УЗИ, в том числе плацентометрию и биометрию эмбриона и плода целесообразно проводить в конце I триместра, во II триместре – при сроках гестации 16 и 22 недели и - по показаниям - в III триместре - в 36–38 недель беременности. Ультразвуковыми признаками ВУИ во II триместре гестации являются: структурные дефекты плода (петрификаты в легких и паренхиматозных органах, перивентрикулярный кальциноз и др.); синдром «инфекции околоплодных вод»

(многоводие, утолщение оболочек и др.); ФПН (плацентит, кальциноз, инфаркты плаценты, другие воспалительные и деструктивные изменения). При необходимости УЗИ беременным проводят чаще.

С 19–20 недели гестации методом УЗ–доплерометрии определяют параметры кровотока в системе мать–плацента–плод. Данное исследование при нормативных показателях фето– и маточно–плацентарного кровотока повторяют каждые 3–4 недели, в случаях нарушения гемодинамики – в процессе и сразу после лечения.

Таблица 4.15. Показатели системы гемостаза

Показатели	Женщины во внебеременном состоянии	Беременные женщины (II–III триместр беременности)
Тромбоциты, 10^9 /л	140 – 400	140 – 400
Фибриноген, г/л	2 – 4	2,6 – 5,6
Протромбиновый индекс, % (МНО – международное нормализованное отношение)	80-110 (0,8-1,2; при лечении пероральными антикоагулянтами 2,0-3,0)	85-115 (0,8-1,2)
АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время), сек	28-38	28-38
РФМК (растворимые фибрин-мономерные комплексы), мг/100 мл	3,38-4,0	до 5,1
ВСК (по Сухареву)	Начало: 1-3 мин	Начало: 30с – 2 мин
	Конец: 3-5 мин	Конец: 2-4 мин
Активность антитромбина-III (%)	80-120	80-120

С 32–33 недели беременности для оценки внутриутробного состояния плода назначают КТГ плода, определяют БПП, рассматриваемые нами в отдельном разделе [88].

К дополнительным методам исследования у беременных с высоким инфекционным «риском» относятся следующие. При подозрении на ВПР плода возможно проведение биопсии трофобласта и хориона (при сроках от 5–6 до 9–11 недель гестации) с последующим анализом кариотипа. К недостаткам метода относятся: частота самопроизвольных выкидышей 1–3%; неинформативность при дефектах нервной трубки плода до 16 недель беременности; возможность развития аномалий пальцев у плода при проведении биопсии хориона до 9 недель гестации. Беременным с высоким инфекционным «риском» показано также проведение медико–генетического консультирования [300].

Заключительный диагноз ставится после морфологического исследования последа и клинико–лабораторного обследования новорожденного.

Таким образом, риск перинатальной патологии у беременных с наличием вирусной и/или бактериальной инфекций оценивают на основании данных анамнеза, физикального и лабораторных исследований. Раннее обращение беременных группы высокого инфекционного «риска» в современные МПЦ, соблюдение алгоритма обследования позволяют своевременно выявлять инфекционные заболевания, прогнозировать осложнения у матери и плода, проводить профилактические или лечебные меры, способствующие реальному снижению уровней МС, МлС и ПС.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений у беременных с наличием вирусной и/или бактериальной инфекций является ПНБ.

Тактика ведения беременности у больных с ПНБ представляет собой актуальную проблему современного акушерства. Особую важность приобретает

пренатальное наблюдение, своевременная диагностика и коррекция выявляемых нарушений с целью предотвращения выкидыша или рождения глубоко недоношенного ребенка.

В настоящее время установлено, что 15-20% всех клинически диагностируемых беременностей заканчивается спонтанным прерыванием, из них 75-80% в сроки до 12 недель. Подобное явление, получившее название «очень ранние потери беременности», имеет место в популяции, вероятно, как фактор естественного отбора, препятствующий развитию генетически аномальных плодов [26].

При спорадическом выкидыше действие повреждающих факторов носит преходящий характер, без нарушения ЖРС в последующем. Вместе с тем в группе женщин, потерявших первую беременность существует категория больных (3-5%), в организме которых присутствуют эндогенные факторы препятствующие нормальному развитию эмбриона/плода. В последующем это приводит к повторным прерываниям беременности, тек симптомокомплексу ПНБ. Так, установлено, что риск потери беременности после первого выкидыша составляет 13-17%, что соответствует частоте спорадического выкидыша в популяции, тогда как после 2-х предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38%. У женщин, не имеющих живых детей, т. е. страдающих первичным ПНБ вероятность выкидыша выше и составляет 40-45% после третьего самопроизвольного прерывания [84].

Согласно определению ВОЗ ПНБ принято считать наличие в анамнезе у женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроки до 22 недель. Однако, учитывая вышеуказанный возрастающий с увеличением числа неудач риск потери желанной беременности большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории ПНБ с последующим обязательным обследованием и комплексом мер по подготовке к беременности [56].

Исследования последних лет показали, что у женщин с ПНБ бактериально-вирусная колонизация эндометрия встречается достоверно чаще, чем у женщин с нормальным акушерским анамнезом. Так, вне беременности диагноз ХЭ гистологически верифицирован у 73% больных, в 87% случаев наблюдается персистенция условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии. Смешанная вирусная инфекция (вирус простого герпеса, Коксаки А, Коксаки В, энтеровирусы 68-71, цитомегаловирус) сочетается с персистенцией 2-3 и более анаэробных и аэробных бактерий. Персистенция микроорганизмов характеризуется привлечением в очаг хронического воспаления мононуклеарных фагоцитов, естественных киллеров, Т-хелперов, синтезирующих различные цитокины. По-видимому, подобное состояние эндометрия препятствует созданию локальной иммуносупрессии в преимплантационный период, необходимой для формирования защитного барьера и предотвращения отторжения наполовину чужеродного плода [97].

Обследование вне беременности больных с ПНБ обязательно должно включать бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала и при обнаружении патогенных микроорганизмов определение их чувствительности к антибиотикам. Проведение антибактериальной терапии, подобранной индивидуально,

помогает нормализовать иммунологические процессы в эндометрии, создать благоприятные условия для последующей имплантации и предотвратить инфекционное поражение эмбриона. Целесообразно сочетать АБТ с приемом метронидазола либо клиндамицина, воздействующих на анаэробную флору [81].

При ведении больных с персистирующей вирусной инфекцией основное внимание уделяется нормализации иммунных процессов для избежания обострений во время беременности. Опасность для плода представляет только первая встреча организма с вирусами простого герпеса и цитомегаловируса у серонегативных женщин.

При выявлении герпес–вирусной инфекции проводится ее лечение с последующей профилактикой рецидивов. При генитальной герпетической инфекции, независимо от уровня поражения ЖРС, показано проведение как базисной (противовирусной) терапии, так и лечение сопутствующих заболеваний [86].

Базисные виды лечения:

а) Блокада репродукции вируса простого герпеса в режиме эпизодической или супрессивной терапии. Применяют ацикловир по 0,2 г 5 раз в сутки в течение 5 дней при легком течении инфекции (обострения 1 раз в 6–8 месяцев) и по 0,2 г 4 раза в сутки в непрерывном режиме в течение 2–2,5 месяцев – при ее частых рецидивах (обострения 1 раз в 30–90 дней).

Наиболее современным и эффективным противовирусным препаратом является валацикловир. Валацикловир представляет собой пролекарство – L–валиновый эфир ацикловира. После всасывания в кровь валацикловир почти полностью превращается в ацикловир под влиянием печеночного фермента валацикловир–гидролазы. Образовавшийся ацикловир проникает в пораженные вирусом клетки, где под влиянием вирусного фермента тимидинкиназы превращается в монофосфат, затем – в дифосфат и активный трифосфат. Трифосфат ацикловира угнетает ДНК–полимеразу и тем самым нарушает репликацию ДНК вируса простого герпеса. Следовательно, высокая избирательность валацикловира в отношении тканей, пораженных вирусом, объясняется тем, что первый этап цепи реакций фосфорилирования опосредуется ферментом, вырабатываемым самим вирусом. Валацикловир назначают по 0,5 г 2–3 раза в день в течение 5–10 дней. Длительность и дозу препарата подбирают индивидуально с учетом формы и тяжести вирусного заболевания;

б) На фоне блокады репликации вируса – стимуляция неспецифической резистентности организма в зависимости от показателей иммунного и интерферонового статуса больных (**декарис (левамизол)**, препараты иммуноглобулина, индукторы интерферона, энзимотерапия и др.);

в) Одновременное или последовательное использование специфического противогерпетического иммуноглобулина по 3,0 мл внутримышечно 1 раз в 3–5 дней, на курс 5 инъекций;

г) Стимуляция специфической резистентности организма (при условии увеличения межрецидивного периода в 1,5–2 раза) герпетической вакциной по 0,25 мл внутрикожно в руку 1 раз в 3 дня (всего 5 инъекций), после чего перерыв в лечении 2 недели и затем еще 5 инъекций по 0,25 мл 1 раз в 7 дней. Курс ревакцинации – через 6 месяцев;

д) Местное применение специфических мазей на основе ацикловира (зовиракс и др.).

При диагностике цитомегаловирусной инфекции проводится этиотропная противовирусная терапия. Четких рекомендаций по профилактике и лечению ЦМВ-инфекции нет. Идеальный противовирусный препарат должен иметь высокую клиническую эффективность, селективность по отношению к вирусу, полную безопасность для организма человека, вирусоцидное действие. Из-за отсутствия в настоящее время препаратов, которые полностью отвечали бы вышеуказанным требованиям по отношению к ЦМВ, профилактика и лечение данной инфекции представляет определенные трудности. Обязательной является коррекция показателей иммунитета, интерферонового статуса. При ЦМВ-инфекции рекомендуют проводить курсовую пассивную иммунизацию противцитомегаловирусным иммуноглобулином по 3 мл внутримышечно 1 раз в 3 дня, на курс 5 инъекций. Более эффективен нормальный человеческий иммуноглобулин по 0,25 г/кг через день внутривенно капельно, 3 введения на курс. Можно назначать иммуномодуляторы (Т-активин, циклоферон, иммунофан), критерием их эффективности служит положительная динамика показателей клеточного звена иммунитета. Применяют также цитотект (в виде 10% раствора иммуноглобулина с высоким содержанием анти-ЦМВ IgG) внутривенно капельно по 2 мл/кг каждые 2 дня до 8–10 раз под контролем серологических показателей. Перспективно использование интерферонов – виферона по 0,5–1 млн. МЕ 2 раза в день в ректальных свечах в течение 15–20 дней. В профилактику и лечение ЦМВ-инфекции целесообразно включать системную энзимотерапию (вобэнзим по 5 драже 3 раза в день или флогэнзим по 2–3 таблетки 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1–1,5 месяцев) [98].

В первом триместре беременности при обострении вирусной инфекции целесообразно внутривенное капельное введение иммуноглобулина в дозе 25,0 мл через день трехкратно или препарата октагам в дозе 2,5–5 г (50–100 мл). У вирусносителей с частыми обострениями необходимо провести подобные курсы во II и III триместрах беременности [86].

Коррекция выявленных нарушений должна быть своевременно начата и проведена. При наступлении беременности с ранних сроков необходимо назначение спазмолитических препаратов, из которых наиболее эффективным и безопасным является дротаверин (как при пероральном, так и при парентеральном введении).

Использование дедрогестерона, ранее применяемого для коррекции гормональных нарушений (недостаточности лютеиновой фазы, при лечении гиперандрогении и др.), в настоящее время приобрело новое значение в связи с описанным иммунокорректирующим эффектом этого препарата. Так, установлено, что дедрогестерон модулирует иммунный ответ беременной женщины от отторжения плода к его защите путем обеспечения достаточной активации прогестероновых рецепторов и последующей индукцией PIBF (прогестерон индуцируемого блокирующего фактора). PIBF представляет собой протеин массой 35 килодальтон, продуцируемый CD56 клетками и мононуклеарами периферической крови после активации рецепторов к прогестерону PIBF в свою очередь, определяет снижение активности аллоиммунных реакций, в том числе подавление естественных киллеров и обеспечение иммунного ответа по типу преваляирования Т-хелперов 2 типа. Таким

образом, назначение дедрогестерона в дозе 20 мг в сутки на ранних этапах гестации оказывает иммуномодулирующее воздействие и предотвращает реакции отторжения эмбриона [146].

Больные с ПНБ представляют собой группу «риска» по развитию ФПН, гипотрофии плода, хронической внутриутробной гипоксии плода. В этой связи с ранних сроков целесообразно, помимо патогенетической и симптоматической терапии, проводить комплекс мер, направленных на профилактику плацентарной недостаточности, а также оценку функционирования фето-плацентарного комплекса [100, 279].

ФПН определяется как причина ЗВУР, внутриутробной гипотрофии и гипоксии и в конечном итоге – возможности внутриутробной гибели плода. При патологическом течении беременности – гестозе, ВУИ, ЭГП, всегда в той или иной степени отмечается ФПН. Однако компенсаторные изменения в плаценте чаще всего сдерживают развивающуюся патологию. При тяжелой патологии происходит ЗВУР, его гибель на различных сроках беременности или рождение плода с гипотрофией и гипоксией [147, 293].

Принципиально важным вопросом является отношение к ФПН, как к самостоятельному клиническому синдрому или симптомокомплексу, сопровождающему основное патологическое состояние. Анализ литературы показывает, что чаще всего ФПН рассматривается отдельно от той причины, которой она обусловлена. Констатируется нарушение кровообращения в сосудах фетоплацентарного комплекса вследствие гиповолемии, тромбоза и повышения резистентности сосудов и делается вывод о недостаточном снабжении плода кислородом, наличии трофической недостаточности. После чего следуют рекомендации по улучшению микроциркуляции и доставке кислорода. Однако в тени остаются причины, вызвавшие ФПН, и лечение основного заболевания не всегда связывают с профилактикой и лечением ФПН [278].

ФПН развивается при осложненной беременности, особенно часто при гестозе, ВУИ, аутоиммунной патологии. Работы последних лет свидетельствуют о различных компенсаторных возможностях при ФПН, свойственных различным патологическим состояниям. Следовательно, отдельно рассматривать лечение ФПН можно лишь в ограниченном объеме, так как лечение основного заболевания существенно влияет на ФПН [163].

Диагностика ФПН основана на выявлении признаков синдрома ЗВУР или хронической и острой гипоксии плода. Ведущими признаками ФПН являются ультразвуковые критерии биометрии плода, существенное значение имеет определение хорионического гонадотропина и плацентарного гонадотропина. Наиболее ранние проявления ФПН (еще до заметной ЗВУР) нарушения кровообращения в фетоплацентарном комплексе (в сосудах плаценты и плода).

В клинической практике наиболее часто выделяют первичную и вторичную ФПН. При первичной ФПН структурные изменения обнаруживаются в строении, расположении и прикреплении плаценты и созревании ворсин хориона. Вторичная ФПН развивается во II-III триместрах беременности на фоне сформировавшейся плаценты и осложненного течения беременности и характеризуется инволюционно-дистрофическими и воспалительными ее изменениями [163].

Как первичная, так и вторичная ФПН могут иметь острое и хроническое течение. В развитии острой ФПН важную роль играют нарушения маточно-плацентарного кровообращения. Острая ФПН чаще развивается на фоне обширных инфарктов и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, вследствие чего наступает гибель плода и прерывание беременности [276]. Хроническая ФПН возникает в результате нарушения компенсаторноприспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами и инволюционнодистрофическими процессами [147].

В клинической практике важно различать относительную и абсолютную ФПН. Срыв одного из звеньев физиологической адаптации материнского организма к беременности приводит к «дезадаптационной болезни», которая может проявляться гипертензивными нарушениями, острой (отслойка плаценты) или хронической ФПН. При сохраненных компенсаторных реакциях в плаценте ее недостаточность не нуждается в лечении, а беременность в этих случаях может закончиться своевременными родами жизнеспособным и здоровым ребенком. Однако возможна и ЗВУР. При неблагоприятной акушерской ситуации такая форма ФПН способствует развитию гипоксии плода [149].

Наиболее тяжелой формой является абсолютная недостаточность плаценты, свидетельствующая об истощении компенсаторных механизмов плаценты. Эта форма патологии сопровождается ЗВУР и гипоксией плода, вплоть до его внутриутробной гибели. Беременность у таких женщин протекает на фоне угрожающего аборта или преждевременных родов. В клинической практике нередко наблюдаются переходные виды ФПН [163].

Выделяют две основные формы хронической недостаточности плаценты [8]:

- 1) нарушение питательной функции (трофическая недостаточность), при которой нарушается всасывание и усвоение питательных продуктов, а также синтез собственных продуктов обмена веществ плода;
- 2) дыхательная недостаточность, заключающаяся в нарушении транспорта кислорода и углекислоты.

Две формы нарушения функции плаценты могут существовать самостоятельно или сочетаться друг с другом. Они могут лежать в основе патогенеза как первичной, так и вторичной ФПН.

К основным звеньям патогенеза ФПН относятся нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, метаболизма, синтетической функции и состояния клеточных мембран плаценты. Патология маточноплацентарного кровообращения характеризуется тремя важнейшими моментами: нарушением притока крови в межворсинчатое пространство, затруднением оттока крови из него и изменениями реологических и коагуляционных свойств крови матки [44].

Основными направлениями профилактики и лечения ПН и ЗВУР являются воздействия, направленные на улучшение маточноплацентарного кровообращения и микроциркуляции, нормализацию газообмена в системе мать-плод, улучшение

метаболической функции плаценты, восстановление нарушенной функции клеточных мембран [12, 44].

В последние годы значительно расширился арсенал лекарственных средств, назначаемых для предупреждения нарушений внутриутробного роста при ФПН, сопровождающейся дефицитом кислородного снабжения плода. Эффект применяемых лекарственных средств реализуется в основном на уровне микроциркуляторного русла плаценты. При этом условно выделяют средства, действующие на сосудистый компонент кровотока и на реологические свойства и антикоагулянтный потенциал крови [235].

К числу лекарственных средств, оказывающих воздействие на сосудистый компонент маточноплацентарного сосудистого бассейна, относятся бета-адреномиметики. Их клинический эффект обусловлен снижением тонуса и амплитуды сокращений матки, общего периферического сосудистого сопротивления, диастолического артериального давления, учащением частоты сердечных сокращений без существенного снижения АД. Под их воздействием значительно возрастает пульсовое АД и минутный объем сердца, увеличивается гемоперфузия матки и фетоплацентарного бассейна. К данной группе относятся ренотерол, тербуталин, гексопреналин. При чрезмерной активности мускулатуры матки и острой гипоксии плода внутривенное введение бета-адреномиметиков матери способствует улучшению маточно-плацентарного кровотока. Однако при гипоксии, развившейся на фоне ФПН, сопровождающейся глубокими морфологическими изменениями в плаценте, эффект от применения препаратов данной группы не достигается. Фармакологический токолиз может оказывать благоприятное влияние на маточно-плацентарное кровообращение лишь при ФПН функционального характера. Кроме того, применение данных препаратов при гиповолемии ограничено, поскольку сосудорасширяющий эффект при низком систолическом АД может способствовать снижению маточно-плацентарного кровотока [44, 84].

Улучшение транспорта кислорода к плоду может быть достигнуто использованием сосудорасширяющих средств и препаратов, нормализующих процессы микроциркуляции в плаценте и матке (например, аминофиллин, ксантинола никотинат) [163].

В последние годы широкое применение в лечении ФПН нашли препараты группы троксерутина. По данным ряда авторов, эти препараты действуют на патогенетические звенья развития ФПН, включаясь в процессы метаболизма, участвуют в регуляции энергообеспечения, корригируя нарушенные компенсаторные возможности организмов матери и плода [149].

Для улучшения маточноплацентарного кровообращения используют внутривенные инфузии реополиглюкина, декстранов. В связи с тем, что в развитии хронической ФПН существенное место занимают морфофункциональные изменения в плаценте в виде микротромбозов, гематом и инфарктов, мероприятия, направленные на улучшение реологических свойств крови, могут способствовать нормализации периферического кровотока, в том числе в бассейне маточноплацентарного круга кровообращения. К ним относится применение гепарина (**гепарин-Рихтер**) и его низкомолекулярных фракций [44, 149].

4.6. Принципы лечения воспалительных заболеваний ЖРС.

Учитывая полиэтиологичность факторов, вызывающих ВЗОМТ, невозможно использование какой-либо монотерапии, поскольку ни один антибиотик или их комбинация не могут рассматриваться как идеальные, кроме редких случаев, подтвержденных адекватным микробиологическим исследованием или при наличии специфической инфекции. Выбор АБТ должен осуществляться с учетом эффективности, потенциальных экзогенных и эндогенных возбудителей, возможных осложнений, переносимости, стоимости и др. [8, 11, 12]. Возможные схемы АБТ воспалительных заболеваний представлены в таблице 4.16.

Таблица 4.16. Возможные схемы АБТ воспалительных заболеваний [240, 241]

Заболевания	Схемы терапии	Примечания
Трихомонадный вагинит	Клион-Д 100 (метронидазол+миконазол) интравагинально № 10 1 раз в день	Не применяется в I триместре беременности
Кандидозный вагинит	Микосист (флуконазол) внутрь 150 мг однократно Клион-Д 100 (метронидазол+миконазол) интравагинально № 10 1 раз в день	Возможно применение во время беременности Не применяется в I триместре беременности
Бактериальный вагиноз	Клион-Д 100 (метронидазол+миконазол) интравагинально № 10 1 раз в день Клиндамицин внутрь или местно	Клион-Д 100 (метронидазол+миконазол) интравагинально № 10 1 раз в день Не применяется в I триместре беременности Клиндамицин: внутрь 0,3 г 2 раза в день в течение 7 дней, местно вагинальный крем 5 г в сутки в течение 7 дней
Уретрит негонококковый, хламидийная инфекция	Доксициклин внутрь 100 мг 2 раза в день или макролид внутрь	Макролиды: эритромицин 500 мг 4 раза в день, кларитромицин 250 мг 2 раза в день, рокситромицин 150 мг 2 раза в день, спирамицин 3 млн МЕ 2 раза в день, мидекамицин 400 мг 2 раза в день, азитромицин 250 мг 2 раза в день. Длительность лечения доксициклином – 14 дней, макролидами – 7 дней, азитромицином – 3 дня; показана эффективность азитромицина в дозе 1 г однократно. При беременности противопоказан доксициклин.
Генитальный герпес (вирус простого герпеса 2-го типа (80%) или 1-го типа (20%))	Ацикловир внутрь 400 мг 3 раза в день в течение 10 дней или валацикловир внутрь 1г 2 раза в день в течение 10 дней или фамцикловир внутрь 250 мг 3 раза в день в течение 5-10 дней	При рецидиве: ацикловир внутрь 400 мг 3 раза в день в течение 5 дней или фамцикловир внутрь 125 мг 2 раза в день в течение 5 дней или валацикловир внутрь 500 мг 2 раза в день в течение 5 дней. При перинатальном герпесе: ацикловир внутривенно 10 мг/кг 3 раза в день в течение 10-21 дней.
Эндометрит, сальпингит, тубо-овариальный абсцесс (при нетяжелом течении)	Антибиотики внутрь: амоксциллин/клавуланат + доксициклин; доксициклин (или эритромицин) + метронидазол; фторхинолон + линкозамид (или Клион)	Фторхинолоны и доксициклин не применяются при беременности; вместо доксициклина следует назначать эритромицин или другие макролиды (кларитромицин, рокситромицин, азитромицин, спирамицин). Метронидазол противопоказан в I триместре беременности Эффективность режима терапии с гентамицином может быть недостаточной в стационарах с высоким уровнем резистентности

		энтеробактерий к гентамицину. Длительность антибактериальной терапии обычно составляет 7-10 дней
Эндометрит, сальпингит, тубо-овариальный абсцесс (при тяжелом течении)	Антибиотики парентерально: цефалоспорин III-IV поколения + доксициклин; тикарциллин/клавуланат (или пиперациллин/тазо-бактам) + доксициклин (или макролид); фторхинолон + Клион (или линкозамид); имипенем (или меропенем) + доксициклин (или макролид); гентамицин + линкозамид	
После операций на органах малого таза	Амоксициллин/клавуланат (или ампициллин/сульбактам) ± аминогликозид тикарциллин/клавуланат (или пиперациллин/тазобактам) гентамицин + линкозамид цефалоспорин III-IV поколения + Клион фторхинолон + Клион имипенем или меропенем	Длительность лечения 7-14 дней (до нормализации температуры и грануляции раны). При выделении оксациллинрезистентных стафилококков следует добавить ванкомицин или тейкопланин
Послеродовый сепсис	Цефалоспорин III-IV поколения + метронидазол (или линкозамид) фторхинолон + Клион тикарциллин/клавуланат имипенем или имипенем	При стафилококковом сепсисе – оксациллин внутривенно 12 г в сут (или цефазолин внутривенно 6 г в сут) + метронидазол
Для интраоперационной профилактики раневой инфекции при гистерэктомии (вагинальная или абдоминальная)	Цефазолин внутривенно 2 г или цефуросим внутривенно 1,5 г или амоксициллин/клавуланат внутривенно 1,2 г или ампициллин/сульбактам внутривенно 3 г за 30-60 мин до операции (одна доза)	При влажной гистерэктомии цефазолин или цефуросим сочетают с метронидазолом внутривенно 0,5 г. При лапароскопической операции или диагностической лапароскопии антибиотикопрофилактика не обязательна
Для интраоперационной профилактики раневой инфекции при прерывании беременности, гистероскопия, диагностическое выскабливание	Одна доза цефазолина внутривенно 2 г или цефуросима внутривенно 1,5 г или амоксициллин/клавуланата внутривенно 1,2 г или ампициллин/сульбактама внутривенно 3 г за 30-60 мин до вмешательства	При прерывании беременности в I триместре антибиотикопрофилактика целесообразна в случае высокого риска инфекционных осложнений (наличие воспалительных заболеваний малого таза, гонореи, иммуносупрессии); рекомендуемые режимы: бензилпенициллин внутривенно или внутримышечно 2 млн ЕД или доксициклин внутрь 300 мг однократно
Для интраоперационной профилактики раневой инфекции при кесаревом сечении	Одна доза цефазолина (2 г внутривенно) или цефуросима (1,5 г внутривенно) или амоксициллин/клавуланата (1,2 г внутривенно).	Препарат вводится сразу после пережатия пуповины
Токсоплазмоз у беременных	Спирамицин внутрь 3 млн МЕ 3 раза в день 3-недельными курсами с 2-недельными интервалами до наступления родов	На фоне применения спирамицина риск инфицирования плода снижается в 2 раза

Лечение воспалительных заболеваний ЖРС, особенно во время беременности, представляет серьезную проблему и направлено, как на собственно санацию половых

путей женщины и предотвращение ВУИ плода, так и на ликвидацию проявлений дисбиоза влагалища.

С целью санации и нормализации микрофлоры влагалища нами разработан комплекс лечебных мероприятий, включающий использование, как медикаментозных средств, так и эубиотиков [73, 105].

По нашему мнению, лечебные мероприятия по ликвидации дисбиоза влагалища следует начинать с элементарных мероприятий: тёплых сидячих ванн, подмывания 3-4 раза в день, влагалищных ванночек (10 мин), спринцевания влагалища. Иногда простые мероприятия гигиенического плана способствуют самосанации и восстановлению нормальных взаимоотношений в микробном биотопе влагалища. Используемое лекарственное средство определяется микрофлорой-возбудителем (табл. 4.17).

Таблица 4.17. Средства, используемые для ликвидации дисбиоза влагалища

Грамположительная флора	Грамотрицательная флора
Хлоргексидин	Налидоксовая кислота (2-3 триместр)
Цитеал	Нипемидиевая кислота (2 триместр)
Повидон-йод, свечи, раствор, мыло	Нипемидиевая кислота (2 триместр)
Ятрогенный дисбиоз: Ацилакт – вагинальные свечи 1 раз в день на ночь 10-30 дней; бифидумбактерин – свечи – закладывать во влагалище 1 раз в день на ночь 10 дней; ежедневные спринцевания кисломолочными продуктами (возможны рыхлые тампоны): Мечниковская простокваша, «Бифитат», ацидофиллин, бифидокефир; лактобактерин (линекс), бифидумбактерин (бификол), бактисубтил, лакцид.	Фурагин, Фуразолидон (только до 38 недель)

Снижению уровня заболеваемости ИППП и предотвращению возможных ближайших (ВЗОМТ) и отдаленных (бесплодие и др.) последствий ИППП способствует их раннее выявление и рациональное лечение.

Вопросы терапии бактериальных урогенитальных ИППП (гонореи, хламидиоза, трихомониаза) в последние несколько лет претерпели значительную трансформацию вследствие различных обстоятельств, связанных с доступом к информации, расширением фармацевтического рынка, демократическим отношением к больному ИППП и др. На смену громоздким, длительным схемам лечения, десятилетиями применявшимся без учета мониторинга чувствительности штаммов возбудителей ИППП к антибиотикам, пришли однократные методики терапии (при неосложненных формах), о которых совсем недавно нельзя было даже упоминать. Четкое разграничение получили понятия "этиологического" и "клинического излечения" [16].

В настоящее время ВОЗ предъявляет к препаратам для лечения ИППП следующие требования [4]:

- эффективность не ниже 95%;
- доступная цена;
- низкая токсичность и хорошая переносимость;

- медленное наступление устойчивости возбудителя болезни;
- возможность однократного приема;
- пероральный прием;
- возможность использования во время беременности и лактации;
- возможность применения у детей.

В настоящее время в ведении больных с инфекционными процессами огромное значение приобретает выбор метода терапии, особенно это относится к смешанной инфекции и наиболее часто выявляемой сочетанной банально-грибково-трихомонадной инфекцией. Выбор лекарственного средства определяется клиническим течением заболевания (острое, хроническое, рецидивирующее и т.д.), результатами микробиологического и/или культурального исследования, иммунологических методов исследования (ПЦР, ИФА и др.), особенностями действия лекарственного средства, показаниями и противопоказаниями к его применению. И конечно же, возможностью (в первую очередь финансовой) приобретения препарата, что нельзя не учитывать в современных условиях денежного дефицита.

Применение любых средств начинается пробно с учетом индивидуальной переносимости препарата, чувствительности слизистых к химическим ингредиентам лекарственных средств, а также исходя из принципов комплаентности. Любой дискомфорт от применения лекарственного средства у беременной женщины должен рассматриваться врачом как осложняющий фактор, требующий внимания и, возможно, смены препарата. Одновременно следует помнить, что такие симптомы, как усиление зуда, чувство жжения, увеличение количества белей может быть естественной реакцией слизистых на химический агент. Явления эти преходящи (не более 24 часов), не вызывают воспалительной реакции и достаточно легко переносятся беременными [49].

Противопоказаниями к применению препаратов, рекомендуемых для лечения бактериальных ИППП, следует признать:

1. Указание в анамнезе на непереносимость препаратов.
2. Онкологические заболевания влагалища, шейки матки и вульвы.
3. Кровотечения из половых путей неясного генеза.
4. Указанные в справочниках и аннотациях противопоказания к применению лекарственных средств.

Мировое сообщество единодушно в перечне АБТ, рекомендуемой для лечения бактериальных ИППП, которая ограничена 2–3 фармацевтическими группами. При этом в терапии гонореи приоритет принадлежит цефалоспориновым антибиотикам («золотым стандартом» является цефтриаксон), при лечении хламидиоза – препаратам класса макролидов (азитромицин) и тетрациклинов (доксциклин), трихомониаза – препарат клион-Д 100 [49, 53, 119, 240, 241].

Существуют два основных пути введения препаратов: 1) системный, когда препараты вводятся per os, внутримышечно, внутривенно; 2) локальный (внутривагинальный, ректальный, кожный и т.д.).

Безусловно, при венерических заболеваниях, лечение которых требует назначения специфической этиотропной терапии, направленной на угнетение или уничтожение возбудителя, вызвавшего данное заболевание, предпочтение отдается

препаратам системного действия. Локальная терапия применима в случае наличия ЭГП, при банальной неспецифической инфекции или при сочетании ее, например, БВ. Локальная терапия показана и тем больным, у которых имеются аллергические реакции на те или иные препараты системного действия.

При микотическом поражении нижних отделов половых путей, лечение которого требует назначения специфической этиотропной терапии, направленной на угнетение или уничтожение возбудителя, вызвавшего данное заболевание, на наш взгляд, предпочтение следует отдавать препаратам системного действия, имеющим свойство накапливаться в очаге поражения [118, 121].

Таблица 4.18. Рекомендуемые схемы лечения бактериальных ИППП (неосложненная форма)

Препарат	Гонорея	Хламидиоз	Трихомониаз
Цефтриаксон	250 мг в/мышечно		
Ципрофлоксацин	500 мг внутрь		
Офлоксацин	400 мг внутрь однократно	300 мг внутрь с интервалом 12 часов (7 суток)	
Азитромицин	2,0 г внутрь однократно	1,0 г внутрь однократно	
Доксициклин	0,1 г внутрь с интервалом 12 часов (7 суток)	0,1 г внутрь с интервалом 12 часов (7 суток)	
Клион-Д 100 (метронидазол+миконазол)			интравагинально № 10 1 раз в день
Микосист			150 мг внутрь однократно

В настоящее время существует большое разнообразие комбинированных препаратов подобного типа действия для лечения кандидозной инфекции. Тем не менее, проблема рациональной терапии кандидоза репродуктивной системы все еще далека от удовлетворительного разрешения. Мы провели изучение клинической эффективности применения препарата **микосист** (флуконазол) у больных вагинальным кандидозом на основе разработанного нами нового вышеописанного метода оценки реактивности женского организма [152].

Для достижения цели исследования был применен комплексный подход, основанный на изучении показателей обследования у 60 больных вагинальным кандидозом в возрасте 18-28 лет, применявших per os препарат **микосист** в суточной дозе 150 мг в сутки 1 раз в день. Клиническую оценку лечения проводили через 1 неделю и 1 месяц от начала терапии. Оценке также подлежали анамнестические данные, результаты специальных, инструментальных и лабораторных методов обследования. Контроль: 35 здоровых женщин в возрасте 18-22 лет. Забор пузырной жидкости производили на срок 6 и 24 часа от начала воздействия неполного вакуума. Для проведения сравнительных цитологических и иммунологических исследований у больных проводили также рутинный забор капиллярной и венозной крови. Подсчет абсолютного количества и определение относительного содержания форм лейкоцитов в единице объема крови и пузырной жидкости проводили рутинным методом. Иммунофенотипирование лимфоцитов крови и пузырной жидкости проводили с использованием диагностикумов на основе моноклональных антител [5]. Определению подлежали Т-лимфоциты (CD 3), Т-

хелперы (CD 4), Т-супрессоры (CD 8) и В-лимфоциты (CD 19), а также иммуноглобулины классов А,М,С.

В процессе исследований нами установлено, что до начала лечения у всех больных наблюдалась выраженная клиническая картина вагинального кандидоза, проявлявшаяся вульвовагинальной эритемой и зудом, характерными белями и диспареунией.

Разработанным нами новым методом показано, что для больных вагинальным кандидозом характерны изменения реактивности организма. Полученные данные свидетельствуют, что показатели «классической» лейкоцитарной формулы, а также показатели клеточного звена иммунитета в периферической крови у здоровых и больных достоверно не различались между собой. Однако, установлено, что на сроках 6 и 24 часа у больных в сравнении показателями здоровых женщин наблюдается торможение абсолютной нейтрофильной эмиграции в зону асептического воспаления в кожно-вакуумных пузырях ($P < 0,05$).

При изучении показателей клеточного звена иммунитета в пузырной жидкости на срок 6 часов установлено, что у больных в сравнении со здоровыми женщинами наблюдается достоверное уменьшение на 20% относительного содержания в единице объема Т-лимфоцитов (CD 3). На срок 24 часа изменения клеточного звена иммунитета в пузырной жидкости у больных в сравнении с результатами, полученных у здоровых женщин, были более выражены и характеризовались увеличением на 34% относительного содержания Т-лимфоцитов (CD 3), на 36% - относительного содержания Т-хелперов (CD 8), на 37% - относительного содержания В-лимфоцитов (CD 19). Таким образом, у больных вагинальным кандидозом наблюдались выраженные нарушения реактивности организма.

Как показали проведенные исследования, через 1 неделю у 19 (95%) больных женщин наблюдались признаки клинического и микологического излечения. При этом показатели реактивности организма у них достоверно не изменились в сравнении с данными, полученными накануне назначения терапии **микосистом**.

Через 1 месяц от начала терапии признаки клинического и микологического излечения зарегистрированы нами у 18 (90%) больных. По-прежнему показатели «классической» лейкоцитарной формулы и клеточного звена иммунитета в периферической крови у здоровых и больных достоверно не различались между собой. Однако, на сроках 6 и 24 часа у больных в сравнении показателями здоровых женщин наблюдалась нормализация лейкоцитарной эмиграции в зону асептического воспаления в кожно-вакуумных пузырях. У больных в сравнении со здоровыми женщинами показатели клеточного звена иммунитета в пузырной жидкости на срок 6 часов также нормализовались. На срок 24 часа изменения клеточного звена иммунитета в пузырной жидкости у больных в сравнении с результатами, полученных у здоровых женщин, были более выражены и по-прежнему характеризовались увеличением на 27% относительного содержания Т-лимфоцитов (CD 3), на 32% - относительного содержания Т-хелперов (CD 8), на 36% - относительного содержания В-лимфоцитов (CD 19). Таким образом, через 1 месяц после проведения терапии **микосистом** у больных на фоне клинического и микологического излечения наблюдались признаки определенного восстановления реактивности организма.

Таким образом, нами установлено, что применение **микосиста** в течение 1 месяца ведет к клиническому и микологическому излечению у больных вагинальным кандидозом и сопровождается восстановлением воспалительной реактивности организма.

Преимуществами локальной терапии являются минимальный риск побочных реакций, простота и удобство применения, отсутствие противопоказаний (кроме индивидуальной непереносимости препарата), возможность применения у больных с экстрагенитальной патологией, особенно, если речь идет о локализованных формах инфекционного процесса: острые вульвиты, вагиниты и цервициты или обострения хронических процессов влагалища и шейки матки.

Таблица 4.19. Применение антимикотических препаратов у беременных

Название препарата	1 триместр беременности	2 триместр беременности	3 триместр беременности
Изоконазол	Влагалищный суппозиторий, 600 мг изоконазола нитрата однократно	Влагалищный суппозиторий, 600 мг изоконазола нитрата однократно	Влагалищный суппозиторий, 600 мг изоконазола нитрата однократно
Клотримазол	Противопоказан	Вагинальные таблетки, 100 мг на ночь, 6 дней	Вагинальные таблетки, 100 мг на ночь, 6-12 дней
Клион Д (100 мг метронидазола + 100 мг миконазола)	Противопоказан	Вагинальные таблетки – 1 таблетка на ночь во влагалище 10 дней	Вагинальные таблетки – 1 таблетка на ночь во влагалище 10 дней
Миконазол	1 вагинальный суппозиторий на ночь 6-7 дней	Противопоказан	Противопоказан
Микосист (Флуконазол)	Противопоказан	150 мг внутрь однократно	150 мг внутрь однократно
Тиоконазол	Противопоказан	1 вагинальный суппозиторий на ночь однократно	1 вагинальный суппозиторий на ночь однократно
Натамицин	Вагинальные суппозитории 100мг, 1 свеча на ночь в течение 3-6 дней	Вагинальные суппозитории 100мг, 1 свеча на ночь в течение 3-6 дней	Вагинальные суппозитории 100мг, 1 свеча на ночь в течение 3-6 дней

Таблица 4.20. Применения препаратов для лечения трихомониаза у беременных

Препарат	I триместр беременности	II триместр беременности	III триместр беременности
Клион-Д 100 (метронидазол+миконазол)	Противопоказан	Вагинальные суппозитории № 10 1 раз в день на ночь	Вагинальные суппозитории № 10 1 раз в день на ночь
Фуразолидон	0,1% р-р, ванночки 2 раза в день	Не применять	Не применять
Формалин	0,5% р-р, орошение слизистой 2-3 раза в день	0,5% р-р, орошение слизистой 2-3 раза в день	0,5% р-р, орошение слизистой 2-3 раза в день
Клотримазол	Противопоказан	Вагинальные таблетки 100 мг, 1 раз в день (на ночь) 6 дней	Вагинальные таблетки 100 мг, 1 раз в день (на ночь) 6 дней
Повидон-йод	Противопоказан	Свечи вагинальные 200 мг в течение 7-14 дней на	Свечи вагинальные 200 мг в течение 7-14 дней на ночь

		ночь	
--	--	------	--

Таблица 4.21. Применение препаратов для лечения хламидиоза у беременных

Название препарата	1 триместр беременности	2 триместр беременности	3 триместр беременности
Эритромицин	Противопоказан	500 мг 4 раза в день в течение 7 дней	500 мг 4 раза в день в течение 7 дней
Ко-тримаксазол	2 таблетки 2 раза в день 7 дней	2 таблетки 2 раза в день 7 дней	Противопоказан
Джозамицин	500 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней	500 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней	500 мг внутрь 2 раза в сутки 14 дней
Азитромицин	1 г внутрь однократно	1 г внутрь однократно	1 г внутрь однократно
Спирамицин	Внутри 1 таблетка (3 млн МЕ) 3 раза в день в течение 10 дней	Внутри 1 таблетка (3 млн МЕ) 3 раза в день в течение 10 дней	Внутри 1 таблетка (3 млн МЕ) 3 раза в день в течение 10 дней

Таблица 4.22. Применение препаратов для лечения уреамикоплазмоза у беременных

Название препарата	1 триместр беременности	2 триместр Беременности	3 триместр беременности
Эритромицин	Противопоказан	Внутри 250 мг 4 раза в день, 7 дней	Внутри 250 мг 4 раза в день, 7 дней
Азитромицин	1 г внутрь однократно	1 г внутрь однократно	1 г внутрь однократно
Повидин-йод	Противопоказан	Свечи вагинальные 200 мг в течение 5-7 дней на ночь	Свечи вагинальные 200 мг в течение 7-14 дней на ночь

Одним из наиболее важных принципов лечения является строгая клиническая обоснованность и рациональность АБТ. При ХРС и ХЭ, в периоды ремиссии заболевания и при его обострении, не сопровождающемся объективными признаками остроты воспаления, АБТ назначать не следует.

АБТ показана:

а) если ее не применяли или использовали неправильно в острой стадии заболевания;

б) при обострении воспалительного процесса, когда субъективным признакам (усиление болей, ухудшение самочувствия больной и т.д.) сопутствуют объективные симптомы: экссудация, значительная болезненность при двуручном исследовании, повышение температуры тела, увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, включая палочкоядерные нейтрофилы, появление С-реактивного белка и т.д. [49]

Выбор антибиотиков в соответствии с чувствительностью к ним возбудителей затруднен, поскольку микрофлора цервикального канала в большинстве случаев не соответствует вегетирующей в верхних отделах - матке и трубах. Поэтому целесообразно эмпирическое применение антибиотиков широкого спектра действия. Лечение проводят не менее 5 дней. Если ожидаемые результаты отсутствуют или незначительны, показана отмена или замена антибиотиков.

Продление профилактики после операции (дополнительно 1-3 дозы препарата) целесообразно при наличии факторов риска осложнений: сахарный диабет, ожирение, возраст старше 65 лет, онкологические заболевания, лечение кортикостероидами или цитостатиками, хроническая почечная или печеночная недостаточность. Дозирование антибиотиков после операции: цефазолин внутривенно 1 г с интервалом 12 ч,

цефуроксим внутривенно 0,75 г с интервалом 8 ч, амоксициллин/клавуланат внутривенно 1,2 г с интервалом 8 ч, ампициллин/сульбактам внутривенно 1,5 г.

Приводимые группы антибактериальных средств и средние дозировки [49]:

Линкозамиды: линкомицин внутривенно 0,6 г с интервалом 8 ч, внутрь 0,5 г с интервалом 8 ч; клиндамицин внутривенно 0,6 г с интервалом 8 ч, внутрь 0,3 г с интервалом 8 ч.

Фторхинолоны: ципрофлоксацин внутривенно 200-400 мг с интервалом 12 ч, внутрь 500-750 мг с интервалом 12 ч; офлоксацин внутривенно 200 мг с интервалом 12 ч, внутрь 200 мг с интервалом 12 ч; пефлоксацин внутривенно 400 мг с интервалом 12 ч, внутрь 400 мг с интервалом 12 ч; норфлоксацин внутрь 400 мг с интервалом 12 ч, ломефлоксацин внутрь 400 мг с интервалом 24 ч.

Цефалоспорины III поколения: цефтриаксон внутривенно или внутримышечно 2 г с интервалом 12 ч; цефотаксим внутривенно или внутримышечно 2 г с интервалом 8-12 ч; цефтазидим внутривенно 1 г с интервалом 8 ч; цефоперазон 2 г с интервалом 12 ч.

Цефалоспорины IV поколения: цефепим внутривенно 1-2 г с интервалом 12 ч.

Аминогликозиды: гентамицин внутривенно или внутримышечно 240 мг с интервалом 24 ч (или 3 мг/кг в сутки); нетилмицин внутривенно или внутримышечно 240 мг с интервалом 24 ч (или 3 мг/кг в сутки); амикацин внутривенно 0,5 мг с интервалом 12 ч или 1000 мг с интервалом 24 ч (или 15 мг/кг в сутки).

Карбапенемы: имипенем внутривенно 0,5-1 г с интервалом 6-8 ч; меропенем внутривенно 0,5-1 г с интервалом 8 ч.

Защищенные пенициллины: амоксициллин/клавуланат внутривенно 1,2 г с интервалом 8 ч, внутрь 625 мг с интервалом 8 ч; ампициллин/сульбактам внутривенно 1,5-3 г с интервалом 6 ч; тикарциллин/клавуланат внутривенно 3,1 г с интервалом 4-6 ч; пиперациллин/тазобактам внутривенно 2,5-4,5 г с интервалом 6-8 ч.

Таблица 4.23. Применение АБТ во время беременности [49, 241]

Противопоказаны	Применяются с осторожностью	Применение безопасно
Доксициклин Ко-тримоксазол ¹ Метронидазол ² Сульфаниламиды ¹ Тетрациклин Фторхинолоны Хлорамфеникол Эритромицин эстолат	Аминогликозиды Амфотерицин Б Ванкомицин Кетоконазол Клиндамицин Линкомицин Миконазол Нитрофураны Рифампицин Тейкопланин Триметоприм Флуконазол	Карбапенемы Макролиды Пенициллины Цефалоспорины Эритромицин основание

¹ Противопоказан в последнем триместре беременности.

² Противопоказан в первом триместре беременности.

Схемы лечения ВЗОМТ должны эмпирически обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных патогенных микроорганизмов, включая хламидии, гонококки, трихомонады, грамотрицательные факультативные бактерии, анаэробы и стрептококки. Необходимо подчеркнуть, что схема лечения должна быть эффективна

против трихомонад, гонококков и хламидий, так как отрицательные тесты на эти инфекции в эндоцервиксе не исключают наличие инфекции в верхнем отделе репродуктивного тракта. С целью предотвращения осложнений рекомендуемая схема должна включать препараты, действующие на анаэробов. Лечение должно быть начато сразу же при установлении предварительного диагноза, так как профилактика отдаленных последствий развития цитокинового каскада и последующей аутоиммунной патологии взаимосвязана со сроками назначения антибиотика. Такой подход может обеспечить достаточность амбулаторного перорального лечения.

Как правило, лечение ХРС проводят в амбулаторных условиях, однако при наличии определенных показаний показана госпитализация больной. Такими показаниями являются:

1. температура тела выше 38 С;
2. наличие воспалительного образования (конгломерата);
3. одновременное наличие беременности;
4. наличие внутриматочного контрацептива (в этом случае лечение начинают с его удаления);
5. неустановленный или сомнительный диагноз;
6. непереносимость оральных препаратов;
7. отсутствие улучшения состояния через 48 ч после начатого амбулаторного лечения.

Решение о начале современной АБТ широкого спектра действия должно приниматься до появления вышеперечисленных дополнительных критериев ВЗОМТ и тем более до появления доказательных критериев.

В этой связи возможно использование принципов эмпирической терапии ВЗОМТ, рекомендованной Центром по контролю заболеваемости США (CDC), основанной на применении офлоксацина и метронидазола и предполагающей, что офлоксацин обеспечивает достаточную активность в отношении стафилококков, энтеробактерий, хламидий и гонококков, а метронидазол – в отношении трихомонад и анаэробов.

Фторхинолоны – высокоэффективные лекарственные средства антимикробного действия с преимущественной активностью в отношении анаэробных и аэробных бактерий занимают особое место в рекомендациях ВОЗ, CDC (США), Европейских рекомендациях. Для препаратов этого класса характерны большой объем распределения, длительный период полувыведения, низкое связывание с белками сыворотки крови, элиминация почечными и внепочечными путями, высокая биодоступность. В вышеуказанных рекомендациях для лечения гонореи препаратами выбора из класса фторхинолонов являются ципрофлоксацин и офлоксацин в однократной дозе 500 и 400 мг соответственно (при неосложненной урогенитальной форме, а также фарингеальной и ректальной локализации *N. gonorrhoeae*), а для лечения урогенитального хламидиоза – только офлоксацин (по 300 мг дважды в день в течение 7 дней). Препараты данных групп прошли успешную клиническую апробацию и в ЛПО Гродненской области [119].

Многолетнее совершенствование фторхинолоновой структуры привело к созданию соединения нового поколения этой группы – моксифлоксацина, химическая

структура молекулы которого отличается от таковой у других представителей фторхинолонов добавлением метоксигруппы и азабициклоструктуры в положении С7.

Моксифлоксацин был специально разработан для улучшения активности в отношении грамположительных бактерий, атипичных микроорганизмов и анаэробов, сохраняя высокую активность в отношении грамотрицательных микроорганизмов. Кроме этого, фармакокинетические свойства препарата обеспечивают высокую комплаентность лечения в связи с возможностью его назначения внутрь 1 раз в сутки в дозе 400 мг. В отношении хламидий и микоплазм моксифлоксацин превосходит по активности ранние фторхинолоны – цiproфлоксацин и офлоксацин, а также макролид эритромицин и обладает примерно одинаковой активностью с единственным препаратом тетрациклинового ряда, вошедшим в вышеприведенные рекомендации – доксициклином.

Таблица 4.24. Эмпирическая АБТ при инфекциях, наиболее часто встречающихся в акушерско-гинекологической практике

Заболевание	Патогены	Средства 1-го ряда	Альтернативные средства
Вагинит бактериальный	Анаэробы (<i>Bacteroides</i> , <i>Peptococci</i>), <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>	Клион-Д 100 (метронидазол+миконазол)	1. АМП/СБ, АМО/КК 2. Фторхинолон
Мастит	<i>Staph. aureus</i>	Ампициллин в/мыш	1. ЦС 1 2. Клиндамицин 3. Фузидиевая кислота 4. Ванкомицин
Внебольничная пневмония у беременных	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Chlamydia</i>	Спирамицин	1. Макролид 2. ЦС 2 внутрь 3. АМО/КК 4. Амоксициллин
Госпитальная пневмония у новорожденных (0-7 дней)	<i>Streptococcus</i> spp., <i>E. coli</i> , реже: <i>S. aureus</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Pseudomonas</i> spp.	Цефотаксим или цефтриаксон	1. ЦС 2 2. Пенициллин + АГ 3. Цефтазидим 4. Ампициллин +/- АГ 5. + макролид при <i>Chlamydia trachomatis</i>
Послеродовой сепсис	<i>Enterobacteriaceae</i> , бета-гемолитический стрептококк, анаэробы	ЦС 3 + клиндамицин	1. Цефокситин + АГ 2. Имипенем или меропенем 3. ПИП/ТАЗ 4. Фторхинолон + метронидазол 5. Цефпиром +/- Клион 6. АСПен + АГ 7. АМП/СБ + АГ
Эндометриит	<i>Bacteroides</i> spp., <i>Streptococcus</i> spp., <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Enterococcus</i> spp., <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>	Цефокситин +/- доксициклин	1. Клиндамицин + АГ 2. АМП/СБ 3. ЦС 2-3 + Клион 4. Имипенем, меропенем 5. АСПен + АГ 6. При хламидийной и микоплазменной инфекции: доксициклин или макролид

Условные обозначения: АСПен - антисинегнойный пенициллин (карбенициллин, пиперациллин, азлоциллин); АГ - аминогликозид (гентамицин, амикацин, тобрамицин и др.); ЦС - цефалоспорины (1-го, 2-го и 3-го поколений); АМП/СБ - ампициллин + сульбактам; АМО/КК - амоксициллин + клавулановая

кислота; ПИП/ТАЗ - пиперациллин + тазобактам; фторхинолоны (ципрофлоксацин, ломефлоксацин, пефлоксацин, офлоксацин).

В опубликованных результатах международных исследований (43 центра из 14 стран) по сравнительному изучению эффективности 14-дневного применения моксифлоксацина (400 мг 1 раз в сутки) и ципрофлоксацина в комбинации с вибрамицином и метронидазолом у 434 женщин с ВЗОМТ при инфекции, вызванной *C. trachomatis*, эрадикация возбудителя достигнута в 95,5 и 85% наблюдений соответственно. Эти показатели при инфекциях, обусловленных *N. gonorrhoeae*, составили 91,7 и 90% [287].

Существуют и другие эффективные схемы АБТ, отвечающие основным упомянутым принципам [49, 240, 241, 280, 313].

Некоторые из комбинаций антибактериальных препаратов:

цефалоспорины III поколения, активные в отношении гонококков и энтеробактерий, в комбинации с тетрациклинами, действующими на хламидии;

цефалоспорины II генерации в сочетании с тетрациклинами;

клиндамицин + гентамицин.

Получен также хороший эффект при использовании следующих сочетаний препаратов: цефуроксим + **клион**, цефуроксим + гентамицин, цефуроксим + доксициклин, цефуроксим + **клион** + гентамицин, клиндамицин + гентамицин, фортум + доксициклин, клафоран + доксициклин.

АБТ при ВЗОМТ в острой стадии согласно Antimicrobial therapy for acute pelvic inflammations (из Harrison's Principles of Internal Medicine, 14 ed., 1998.:

В больничных условиях используются два режима:

1. Доксициклин (100 мг внутривенно каждые 12 ч) + цефокситин (2 г внутривенно каждые 6 ч) или цефотетан (2 г внутривенно каждые 12 ч);

2. Клиндамицин (900 мг внутривенно каждые 8 ч или 450 мг перорально 4 раза в сутки) + гентамицин (1,5 мг/кг внутривенно каждые 8 ч после нагрузочной дозы в 2 мг/кг внутривенно). Парентеральная терапия продолжается в течение 48 ч после того, как состояние пациентки улучшится. Доксициклин в дозе 100 мг два раза в день перорально продолжают назначать до завершения 14-ти дневного курса. Для пациенток, находящихся на амбулаторном лечении, используются следующие терапевтические режимы: цефтриаксон (разовая доза 250 мг внутримышечно) + доксициклин (100 мг перорально 2 раза в день в течение 14 недель).

Альтернативная схема для амбулаторного лечения: фторхинолон (офлоксацин 400 мг перорально 2 раза в сутки) + метронидазол (500 мг перорально 2 раза в сутки) или клиндамицин (450 мг перорально 4 раза в сутки) в течение 14 дней.

Для профилактики дисбактериоза влагалища и при наличии кандидоза рекомендуется применение **микосиста** (флуконазол) - системного антимикотического препарата широкого спектра действия, который зарекомендовал себя, как высокоэффективный и безопасный препарат для лечения различных форм урогенитального кандидоза. Его преимуществом является проникновение во многие органы и ткани, а, следовательно, воздействие на возбудителя в любой локализации, без погрешностей, возможных при местном лечении.

Одним из важных преимуществ **микосиста** является удобство назначения препарата по сравнению с местными вагинальными формами, что отмечается многими пациентками.

Наряду с АБТ в комплекс лечения необходимо включать нестероидные противовоспалительные препараты - индометацин - в остром периоде 150 - 200 мг 3 - 4 дня, в последующем 75 - 100 мг до 3 нед; диклофенак 25 - 50 мг 2 - 3 раза в день или по 1 свече на ночь ректально. Нередко течение хронических воспалительных заболеваний матки и придатков может быть отягощено развитием дисбактериоза в результате побочного действия лекарств и аутоинфекции УПМ [60].

Таблица 4.25. Схемы назначения **микосиста** при вагинальном кандидозе.

Форма		Схема
Острый кандидоз	Неосложненный	• 150 мг однократно
	Осложненный	• 150 мг 2-хкратно с интервалом 7 дней + Клион – Д 100 интравагинально № 10
Рецидивирующий кандидоз		<ul style="list-style-type: none"> • 150 мг в первую неделю лечения, затем по 50 мг в день в течение 7 дней+ Клион –Д 100 интравагинально № 10 • 150 мг 1 раз в 3 дня в течение 14 дней • 50 мг ежедневно 14 дней
Хронический персистирующий кандидоз		• 150 мг Микосиста 1-2 раза в месяц в течение 12 – 24 месяцев + коррекция предрасполагающих состояний

Немаловажным в лечении ВЗОМТ является коррекция биоценоза. При отрицательных бактериоскопических результатах на споры грибов целесообразно применение эубиотиков: препаратов бифидумбактерин, лактобактерин, колибактерин, бификол, ацилакт, бифидумбактерин-форте по 5 доз 3 раза при субкомпенсированных формах дисбактериоза и по 10 доз 3 раза при декомпенсированных формах в сочетании со стимуляторами роста нормальной микрофлоры кишечника (хилаком-форте по 40–60 капель 3 раза в день или пантотенатом кальция) и ферментами (фестал, энзистал, мезим-форте, панзинорм) по 1 таблетке при каждом приеме пищи [239].

Изменения в иммунном статусе женщины при хронических воспалительных процессах диктуют необходимость назначения препаратов, способствующих повышению резистентности организма. К таким препаратам относятся иммуномодуляторы, иммуностимуляторы (**декарис**), адаптогены, протеолитические ферменты. Для восстановления микроэкологии кишечника применяют целый комплекс терапевтических мероприятий, состоящий из нескольких этапов: энтеросорбция, селективная деконтаминация кишечника, нормализация функционального состояния желудочно-кишечного тракта, повышение неспецифической реактивности, восстановление резидентной микрофлоры [128].

Восстановлению нарушенных метаболических и гемостазиологических функций организма способствует назначение медикаментов, улучшающих метаболические процессы в клетках и тканях, регулирующих окислительно-восстановительные процессы, участвующих в жировом, белковом, углеводном

обмене; а также коферментов, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, снижающих периферическое сопротивление сосудов, вязкость крови, оказывающих дезагрегирующий эффект; антигистаминных и седативных препаратов; адаптогенов; иммунокорректоров [149].

Из иммуномодуляторов возможно назначение интерферонов - интерферон альфа-2в (по 2 свечи в сутки ежедневно в течение 10 дней, далее - 3 раза в неделю через день по 2 свечи в сутки в течение 3 - 12 месяцев). Наиболее часто применяемым иммуностимулирующим средством является **декарис** (леваamisол), обычно применяемый в дозе 150 мг/сут однократно или в 3 приема по 50 мг 3 дня подряд с последующим 2 -недельным интервалом [160].

Адаптогены. При отсутствии противопоказаний (артериальная гипертензия, нарушения деятельности сердца) применяют экстракт элеутерококка по 20 - 30 капель 2 - 3 раза в день за 30 мин до еды; настойку женьшеня по 20 капель 2 - 3 раза в день; сироп солодкового корня по 40 - 50 капель 2 - 3 раза в день; пантокрин по 30 - 40 капель или 1 - 2 таблетки 2 - 3 раза в день за 30 мин до еды. Препараты из группы биогенных стимуляторов также улучшают клеточный метаболизм, трофику и регенерацию тканей. Они оказывают, кроме этого, иммуномодулирующее действие, стимулируя реакции клеточного иммунитета. К препаратам этой группы относятся: алоэ (1 мл подкожно, курс - 30 инъекций); гумизоль (1 мл внутримышечно первые 2 - 3 дня, затем 1 раз в сутки по 2 мл в течение 20 - 30 дней); лидаза (5 мл или 64 УЕ подкожно или внутримышечно через день, на курс - 10 - 20 инъекций; при необходимости курс лечения можно повторить через 1,5 - 2 мес) [195].

Одним из методов лечения ХСР является плазмоферез [203]. Плазмоферез оказывает детоксикационное, реокорректирующее и иммунокорректирующее влияние. В результате плазмофереза происходят улучшение гемодинамики, улучшение микроциркуляции органов и тканей, в том числе матки и ее придатков.

Для улучшения микроциркуляции и снабжения кислородом в органах и тканях, купирования хронической формы ДВС-синдрома в комплекс лечения больных с хроническими ВЗОНТ необходимо включать препараты антикоагулянтного и антиагрегантного действия. К ним относятся аспирин, никотиновая кислота, дипиридамол, пентоксифиллин, гепарин. Схемы применения следующие: гепарин - 5 000 ЕД через 8 - 12 ч подкожно в течение 3 - 6 дней в остром периоде; аспирин - 0,25 г/сут; дипиридамол - по 25 мг 3 раза в сутки; никотиновая кислота - 0,15 г/сут; пентоксифиллин назначается внутрь в дозе 400 мг 2 раза в сутки [205].

В комплекс лечения ХВЗПМ включают циклическую витаминотерапию: фолиевая кислота 5 мг/сут в I фазу менструального цикла, аскорбиновая кислота 100 мг/сут - во II фазу; витамин Е 100 мг/сут в течение 3 мес. При маточных кровотечениях при ХЭ в комплекс мероприятий, помимо гормонального гемостаза, включают раствор аминокaproновой кислоты. Раствор вводят в полость матки ежедневно по 3 - 5 мл или перорально по 50 мг в течение 5 - 7 дней [223].

Для лечения ХРС широко используют как природные, так и преформированные физические факторы [204]. К первым относятся сероводородные, радоновые, йодобромные, углекислые воды, пеллоиды и факторы горного климата. Из преформированных физиотерапевтических средств эффективны ультразвук и

магнитное поле, ВЧ и УВЧ, электро- и фонофорез, низкоинтенсивное лазерное излучение, низкочастотное магнитное поле.

Низкочастотное магнитное поле способствует восстановлению эстроген-прогестероновых соотношений с усилением эстрогеновых влияний преимущественно в предовуляторный период и повышением прогестерона во II фазу менструального цикла. Величина магнитной индукции составляет 1,5 - 3 мТл, время воздействия 15 мин, процедуры проводят ежедневно, начиная с I фазы менструального цикла (после прекращения менструальных выделений). Курс в среднем составляет 10 - 15 процедур.

Возможно также использование низкоинтенсивного лазерного излучения в нескольких вариантах: наружном облучении зоны проекции тазовых органов (ИК, 25 мВт, 8 - 10 процедур), внутрисполостном облучении (ГНЛ, 1,5 - 2,0 мВт, 6 - 8 процедур по 20 мин каждая) и внутрисполостное сосудистое облучение (ГНЛ, 3 - 6 процедур по 20 мин). Кроме этого, для успешной ликвидации системных изменений организма женщины, вызванных ХРС, необходима определенная установка личности, направленная на активное преодоление болезни.

Устранению вегетоневротических расстройств, обменных нарушений, восстановлению репродуктивной и сексуальной функции способствует рефлексотерапия.

Некоторые авторы предлагают использовать метод криотерапии. Это определяется тем, что криотерапия способствует быстрому купированию воспалительного процесса или уменьшению его выраженности, улучшению капиллярного кровотока, оказывает спазмолитическое, анальгетическое и антигипоксическое действие. Лечение осуществляют при помощи вагинальных криопакетов с замороженной водоохлаждающей смесью, имеющих объем 80 - 100 мл и температуру от -15 до -130С. Воздействие длительностью 3 мин проводят дважды с перерывом 1 - 3 мин, продолжительность процедуры 8 - 10 мин, ежедневно, на курс 10 - 12 процедур [11].

Для снятия болевого симптома можно использовать массаж, при этом проводится сочетанный массаж области живота и пояснично-крестцовой зоны. Массаж оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие, способствует нормализации крово- и лимфообращения в зоне патологического очага, благоприятно влияет на нарушенный овариально-менструальный цикл и стимулирует общие защитно-приспособительные механизмы целостного организма. Курс - 10 - 12 процедур ежедневно по 10 - 15 мин.

Длительное бессимптомное течение ХЭ, как правило, сопровождается снижением концентрации прогестерона в крови. В связи с этим целесообразно в комплекс восстановительного лечения включать гестагенные препараты (**норколут** с 16-го по 25-й день цикла), проводить циклическую гормональную терапию: **микрофоллин** с 5-го по 15-й день цикла, **норколут** с 16-го по 25-й день цикла [205].

Все большее распространение среди женщин в целях профилактики и лечения хронических и рецидивирующих ВЗОМТ получают гормональные монофазные микро- и низкодозированные оральные контрацептивы, например, регулон и новинет [156]. Целесообразность их применения обусловлена необходимостью надежной контрацепции во время проводимого лечения и профилактики развития вторичных мелкокистозных изменений яичников вследствие ановуляторных циклов на фоне спаечных периаднекситов. Монофазные эстроген-гестагенные препараты помимо высокой контрацептивной эффективности обладают выраженным

противовоспалительным, антипростагландиновым, релаксирующим, антипролиферативным, иммуносупрессивным и антифибринолитическим воздействиями. Так, при использовании этих препаратов у женщин с ХЭ частота ациклических кровянистых выделений через 6 мес контрацепции уменьшается в 2 раза, а частота пред- и постменструальных выделений – в 6 раз. Значительно реже отмечаются серозно-гноевидные выделения из половых путей (в 2 раза) и ноющие боли внизу живота (в 8 раз). При УЗИ у женщин, применяющих оральные контрацептивы, отмечена положительная динамика в отношении уменьшения размеров полости матки и гиперэхогенных образований в базальном слое эндометрия. Кроме того, сгущение цервикальной слизи при использовании гормональных контрацептивов способствует также усилению ее барьерной функции в отношении восходящей инфекции. В сочетании с презервативом ("двойной голландский метод") гормональные препараты обеспечивают надежную защиту от ИППП. При ХРС и ХЭ реальный клинический эффект зависит от успешного решения следующих задач:

1. достижение обезболивающего и противовоспалительного эффекта;
2. повышение активности компенсаторно-защитных механизмов;
3. предупреждение обострений воспаления;
4. восстановление нарушенных функций половой системы;
5. ликвидация вторично возникших полисистемных расстройств и сопутствующих заболеваний.

Успешное решение указанных задач возможно только при определенной систематизации и плановости терапевтических мероприятий. Современная стратегия лечения основана на своевременной клинической оценке глубины и тяжести функциональных и структурных поражений и степени их обратимости; обязательном лечении малосимптомных, стертых форм заболевания с оценкой исходной гормональной функции яичников. Гормональная терапия показана с учетом формы эндокринного расстройства, возраста больной, ЭГП и других индивидуальных особенностей женщины.

Таким образом, разработка и внедрение новых перинатальных технологий по диагностике и профилактике воспалительных заболеваний ЖРС на различных этапах оказания АГП помощи являются важнейшим компонентом прегравидарной подготовки с целью профилактики интраамниального инфицирования и снижения уровня материнских и перинатальных потерь в Гродненской области.

ГЛАВА 5. СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В ЛПО АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Система ведения и использования единой первичной медицинской документации в ЛПО здравоохранения акушерско-гинекологического профиля Гродненской области основана на приказе МЗ СССР N 1030 от 4 октября 1980 г. "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" (с изменениями и дополнениями), приказе МЗ РБ № 103-А от 27 февраля 2001 г. «Об утверждении первичной медицинской документации по форме № 1 – ведомость и инструкции по ее заполнению», приказе МЗ РБ № 33 от 17 февраля 2004 г. «Об утверждении форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения», приказе МЗ РБ № 75 от 29 марта 2004 г. «Об утверждении форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения» и приказа УЗО Гродненского облисполкома № 133 от 10 марта 2004 года «Об утверждении форм медицинской документации организаций здравоохранения».

Перечень первичной медицинской документации ЛПО здравоохранения акушерско-гинекологического профиля Гродненской области включает в себя следующие виды:

- 1.1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах.
- 1.2. Медицинская учетная документация в поликлиниках (амбулаториях).
- 1.3. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях).
- 1.4. Медицинская учетная документация других типов ЛПО.
- 1.5. Медицинская учетная документация организаций судебно-медицинской экспертизы.
- 1.6. Медицинская учетная документация лаборатории в составе ЛПО.

5.1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах.

№ п/п	Наименование формы	№ формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1.	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации	001/у	A4	Журнал в обложке, 96 стр.	25 лет
2.	Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц	002/у	A4	"-	50 лет
3.	Медицинская карта стационарного больного	003/у	A4	Тетрадь, 8 стр.	25 лет
4.	Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у	A4	Тетрадь, 4 стр.	5 лет
5.	История родов	096/у	A4	Тетрадь, 8 стр.	25 лет
6.	История развития новорожденного	097/у	A4	"-	"-
7.	Температурный лист	004/у	A4	Бланк	"-
8.	Лист регистрации переливания трансфузионных сред	005/у - 04	A5	"-	"-
9.	Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	009/у	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	5 лет
10.	Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/у	A4	"-	50 лет
11.	Журнал записи родов в стационаре	010/у	A4	"-	25 лет
12.	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	A4	"-	5 лет
13.	Журнал отделения (палаты) для новорожденных	102/у	A4	"-	"-
14.	Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования	027-2/у	A4	Бланк	"-
15.	Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/у	A4	"-	10 лет
16.	Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	011/у	A4	"-	25 лет
17.	Протокол (карта) патолого-анатомического исследования	013/у	A4	"-	10 лет
18.	Направление на патолого-гистологическое исследование	014/у	A5	"-	1 год
19.	Акт констатации биологической смерти	017/у	A5	Бланк	25 лет
20.	Статистическая карта вышедшего из стационара	066/у	A5	"-	10 лет
21.	Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/у	A4	"-	1 год
22.	Сводная ведомость учета движения больных и	016/у	A4	"-	"-

	кочного фонда по стационару, отделению или профилю коек				
23.	Журнал для записи заключений ВКК	035/у	A4	Журнал в обложке, 96 стр.	3 года
24.	Журнал учета процедур	029/у	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год

5.2. Медицинская учетная документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях).

№ п/п	Наименование формы	№ формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1.	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	A5	Тетрадь в обложке, 24 стр.	25 лет
2.	Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/у	A5	Тетрадь, 6 стр.	"-
3.	Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	A4	Тетрадь	5 лет
4.	Контрольная карта диспансерного наблюдения	025/у	A5	Бланк	5 лет
5.	Талон на прием к врачу	025-4/у	A8	Бланк	До конца года
6.	Карточка предварительной записи на прием к врачу	040/у	A5	"-	1 год
7.	Книга записи вызовов врача на дом	031/у	A4	Книга в обложке, 96 стр.	3 года
8.	Журнал записи амбулаторных операций	069/у	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	5 лет
9.	Справка для получения путевки	070/у	A5	Бланк	-
10.	Санаторно-курортная карта	072/у	A4	"-	-
11.	Медицинская справка (врачебное профессиональное заключение)	086/у	A5	"-	-
12.	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/у	A5	"-	-
13.	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/у	A4	Тетрадь в обложке, 24 стр.	5 лет
14.	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/у	A5	Бланк	До конца года
15.	Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации	039/у	A4	"-	До конца года
16.	Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАП	039-1/у	A4	"-	1 год
17.	Журнал учета процедур	029/у	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год
18.	Журнал регистрации амбулаторных больных	074/у	A4	Журнал в обложке, 96 стр.	5 год

5.3. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях).

N п/п	Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1.	Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/у	A6	Бланк	-
2.	Направление на ВТЭК	088/у	A4	"-	3 года
3.	Направление на лечение (обследование) в венерологический стационар	057/у	A5	"-	-
4.	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	0257у	A5	"-	-
5.	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у	A8	"-	5 лет
6.	Карта больного лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	044/у	A5	"-	1 год
7.	Журнал учета процедур	029/у	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	5 лет
8.	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у	A5	Бланк	1 год
9.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	089/у	A5	Бланк	3 года
10.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/у	A5	"-	"-
11.	Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью	065-2/у	A5	Бланк	5 лет
12.	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у	A4	Журнал в обложке, 96 стр.	3 года
13.	Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта	095-1/у	A4	Бланк	1 год

14.	Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/у	A4	-"	-"
15.	Журнал для записи заключений ВКК	035/у	A4	Журнал в обложке,96 стр.	3 года
16.	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	A4	Книга в обложке,96 стр.	3 года
17.	Журнал учета процедур	029/у	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год
18.	Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации	1-ведомость	A4	Блане	1 месяц

5.4. Медицинская учетная документация, используемая в других типах ЛПО акушерско-гинекологического профиля.

N п/п	Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1.	Журнал регистрации больных	074/у	A4	Журнал в обложке,96 стр.	10 лет
2.	Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП	075/у	A4	Тетрадь в обложке,48 стр.	50 лет
3.	Журнал учета приема больных рожениц в стационар фельдшерско-акушерского пункта	098/у	A4	Журнал в обложке,96 стр.	-"
4.	Журнал учета процедур	029/у	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год

5.5. Медицинская учетная документация, используемая в лабораториях ЛПО.

N п/п	Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок Хранения
1.	Направление на анализ	200/y	A6	Бланк	1 месяц
2.	Направление на гематологический, общеклинический анализ	201/y	A5	"-	"-
3.	Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости	202/y	A5	"-	"-
4.	Направление на цитологическое исследование и результат исследования	203/y	A5	"-	"-
5.	Направление на микробиологическое исследование	204/y	A5	"-	"-
6.	Направление на санитарно- микробиологическое исследование и результаты санитарно-микробиологического исследования	205/y	A4	"-	"-
7.	Направление для крови на пробу Кумбса и результат исследования	206/y	A4	"-	"-
8.	Направление для исследования крови на резус- принадлежность и резус-антитела и результат исследования	207/y	A4	"-	"-
9.	Этикетка для посуды с биоматериалом	208/y	A7	"-	"-
10.	Результат анализа	209/y	A6	"-	25 лет
11.	Анализ мочи	210/y	A5	"-	25 лет
12.	Анализ мочи по Зимницкому	211/y	A5	"-	25 лет
13.	Анализ мочи - глюкоза и кетоновые тела	212/y	A5	"-	25 лет
14.	Глюкозурический профиль	213/y	A5	"-	25 лет
15.	Анализ мочи - активность α -амилазы	214/y	A6	"-	25 лет
16.	Анализ - определение количества форменных элементов мочи	215/y	A6	"-	25 лет
17.	Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки	218/y	A5	"-	25 лет
18.	Анализ кала	219/y	A5	"-	25 лет
19.	Анализ кала-яйца гельминтов	220/y	A6	"-	25 лет
20.	Анализ крови	224/y	A5	"-	25 лет
21.	Анализ крови - гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов	225/y	A6	"-	25 лет

22.	Биохимический анализ крови	228/y	A4	-"	25 лет
23.	Анализ крови - содержание глюкозы	231/y	A6	-"	25 лет
24.	Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой	232/y	A6	-"	25 лет
25.	Анализ-содержание электролитов	234/y	A5	-"	25 лет
26.	Анализ - показатели системы свертывания крови	237/y	A4	-"	25 лет
27.	Результат микробиологического исследования	239/y	A6	-"	25 лет
28.	Результат микробиологического исследования и определение чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам	240/y	A4	-"	25 лет
29.	Анализ крови - реакция Вассермана	241/y	A5	-"	25 лет
30.	Анализ - альфа-фетопроtein, австралийский антиген	245/y	A6	-"	25 лет
31.	Журнал регистрации анализов и их результатов	250/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	3 года
32.	Рабочий журнал лабораторных исследований	251/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год
33.	Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	3 года
34.	Рабочий журнал микробиологических исследований	253/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год
35.	Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам	254/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	3 года
36.	Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)	257/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год
37.	Рабочий журнал исследований на стерильность	258/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год
38.	Журнал регистрации серологических Исследований	259/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	3 года
39.	Журнал регистрации серологических исследований (диагностики сифилиса)	260/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	3 года
40.	Листок ежедневного учета работы врача- Лаборанта	261/y	A4	Бланк	1 год
41.	Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/y	A4	Журнал в обложке, 48 стр.	1 год

5.6. Стандарты оформления медицинской документации.

Типовая инструкция по заполнению форм первичной медицинской документации в ЛПО акушерско-гинекологического профиля Гродненской области основано на типовой инструкции, утвержденной приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. N 1030 (утверждена Министерством здравоохранения СССР от 20 июня 1983 г. N 27-14/70-83) (с изменениями от 25.01.1988 г.).

Приводим образцы заполнения наиболее типичных форм медицинской документации.

1. Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма N 001/у).

Журнал служит для регистрации больных, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших больных, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении больницы, один на всю больницу.

В родильных отделениях и роддомах ведется журнал по форме N 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности. Поступающие беременные, роженицы и родильницы регистрируются в журнале по ф. N 002/у. В журнал записывается каждый больной, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации. Графы 4-7 заполняются на основании медицинской карты амбулаторного больного, если больной направлен поликлиническим отделением данной больницы или выписки из медицинской карты (ф. N 027/у), если больной направлен другой ЛПО. Графы 11-12 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного при выписке или в случае смерти больного. Графы 13-14 заполняются в приемном отделении на больных, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных. На больных, которым отказано в госпитализации также подробно заполняются графы 4-7, 10. Необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар). Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре. Если больному по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в журнале регистрируется отдельно.

2. Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (форма N 002/у).

Журнал ведется в родильных домах и больницах, имеющих отделения (палаты) для беременных и рожениц. В этот журнал, кроме беременных и рожениц записываются родильницы, доставленные в стационар после домашних (дорожных) родов, а также переведенные из других стационаров. Графы: дата и время поступления, фамилия, имя, отчество, постоянное место жительства, каким учреждением направлена, диагноз при поступлении, а также отделение, в которое направлена женщина, заполняются в момент поступления женщины в стационар на

основании записей в обменной карте (ф. N 113/У), полученной из женской консультации. Последующие графы (сведения о родах и о родившихся) заполняются по окончании родов на основании данных истории родов (форма N 096/у.). Остальные графы (заключительный диагноз, исход и отметка о регистрации) заполняются при выписке женщины из стационара. При рождении двух или более детей сведения о родившихся заполняются на каждого ребенка в отдельности. В журнале на каждую поступившую женщину отводится не менее 4-5 строк. Журнал используется для составления отчетных сведений о поступивших женщинах, в том числе родивших вне ЛПО, а также о переведенных в другие стационары.

3. Медицинская карта стационарного больного (форма N 003/у).

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями. Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.). Паспортная часть, диагноз направившего учреждения и диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу записываются в приемном отделении. Врачом приемного отделения заполняется также специально отведенный лист, в котором указываются краткие данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении. Остальные записи в карте, включая клинический диагноз, делает лечащий врач. Если больной подвергнулся хирургическому вмешательству, то на 2-ой странице карты указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. (Подробное описание операции дается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. N 008/у). В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выбытия считаются за один койко-день. Во время пребывания больного в стационаре карта хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. N 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание, больного и т.д.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы).

Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных медицинской карты составляется карта, выывшего из стационара (ф. N 066/у), после чего карта сдается в архив ЛПО.

4. Медицинская карта прерывания беременности (форма N 003-1/у).

Заполняется в ЛПО, имеющих отделения (палаты, койки) для производства аборта на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта. Строка "название операции" заполняется после производства операции. Строки "диагноз клинический", "диагноз при выписке", "осложнения" заполняются при выписке больной из стационара. Примечание: при прерывании беременности по медицинским показаниям на женщину заполняется медицинская карта стационарного больного (форма N 003/у).

5. История родов (форма N 096/у).

История родов является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу. В истории родов должны найти свое отражение характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия лечащего врача (или акушерки), записанные в их последовательности. История родов должна дать ясное представление о всей картине течения родов без дополнительных пояснений.

Все необходимые в истории родов исправления делаются немедленно, оговариваются за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов. Замазывание исправленного текста не разрешается, как равным образом не разрешается внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок. За ведение истории родов отвечает непосредственно дежурный врач - в части, касающейся течения родов, и лечащий врач - в части, касающейся течения беременности или послеродового периода. В случае консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, приглашенными извне, в истории родов записывается заключение консилиума за подписью всех консультантов. Каждая операция вписывается в историю родов с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, производивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также примененных наркотических средств и их количества. При выписке беременной, родильницы и ее ребенка история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением, после просмотра главным врачом передается на хранение в архив родильного дома. Истории родов могут выдаваться на руки сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок, согласно письменному разрешению главного врача, под расписку.

6. История развития новорожденного (форма N 097/у).

История развития новорожденного заполняется на всех новорожденных, прошедших через стационар, как родившихся в стационаре, так и поступивших в стационар после родов на дому, а также на переведенных из других роддомов. В этом документе содержатся все необходимые сведения о медицинском обслуживании новорожденных, включая сведения о матери, характере родов, состоянии при рождении, наличии пороков развития и родовой травмы, подробное состояние новорожденного во время пребывания в роддоме, текущие наблюдения и состояние при выписке. Сведения "историй развития новорожденного" служат для заполнения данных о новорожденных в журнале отделения (палаты) новорожденных (ф. N 102/у) и в отчете-вкладыше N 3.

7. Температурный лист (форма N 004/у).

Температурный лист является оперативным документом служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в температурный лист и вычерчивает кривые этих показателей.

8. Лист регистрации переливания трансфузионных сред (форма N 005/у).

Форма применяется для регистрации каждого переливания трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), производимого больному, а также реакций и осложнений после трансфузии. Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма N 003/у). Заполняется врачом, проводившим трансфузию, на основании данных журнала регистрации переливания трансфузионных сред (форма N 009/у). При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

9. Журнал регистрации переливания трансфузионных сред (форма N 009/у).

Форма применяется для регистрации всех переливаний трансфузионных сред, проводимых в ЛПО. В крупных ЛПО на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты, препараты, кровезаменители. Журнал заполняется врачом, проводящим трансфузии. Каждая трансфузия, кроме журнала, должна быть зафиксирована в листе регистрации переливания трансфузионных сред (форма N 005/у), вклеенном в медицинскую карту стационарного больного. В журнале регистрируются также трансфузионные реакции (графа 18) и осложнения (графа 19), наблюдаемые у больного, перенесшего трансфузию. В конце года по данным граф 3, 5, 9-14, 18-19 подводится итог, на основании которого заполняется таблица N 4 "Переливание крови и кровезамещающих жидкостей" раздела III отчета ЛПО (отчетная форма N 1).

10. Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма N 008/у).

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, в котором подробно описывается ход операции, указывается вид обезболивания, доза наркотического средства, отмечается продолжительность операции, состояние больного во время оперативного вмешательства, а также указываются лечебные мероприятия, проводившиеся во время операции (инъекции сердечных средств, дача кислорода и др.), записываются фамилии оперирующих врачей и наркотизатора, исход операции. Журнал хранится в операционной, заполняется врачом, если в больнице несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

11. Журнал записи родов в стационаре (форма N 010/у).

Журнал является одним из основных документов родильного дома и содержит сведения о родах, проведенных в стационаре, об обезболивании родов, об осложнениях при родах и мероприятиях, проведенных во время родов, а также о новорожденных (живой, мертвый, пол, масса, рост). Журнал ведется в родовой комнате, акушеркой под контролем врача. При регистрации многоплодных родов

сведения о новорожденных (графы 10-14) показываются отдельной строкой о каждом из новорожденных. В указанный журнал заносятся и все сведения о роженицах, доставленных в акушерский стационар в III-ем периоде родов (с отметкой в журнале о том, что женщина поступила после рождения ребенка с невыделившимся последом). Журнал записи родов может использоваться для составления отчета-вкладыша N 3 "О медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам".

12. Журнал отделения (палаты) для новорожденных (форма N 102/у).

Журнал ведется в физиологическом и обсервационном отделениях для новорожденных медицинской сестрой под наблюдением заведующего отделением (врача-неонатолога). Сведения для заполнения журнала берутся из записей в истории развития новорожденного (ф. N 097/у). Первые 11 граф журнала заполняются при поступлении ребенка в отделение на основании записей в истории развития новорожденного, сделанных в родовом блоке, последующие - при выписке (перевод, смерти) ребенка.

Журнал используется для составления таблиц в отчете "О медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам". Особенно внимательно должна заполняться гр. 12, в которой для детей, родившихся больными или заболевших в период пребывания в отделении, указываются диагнозы заболеваний. В гр. 17 отмечается передача телефонограммы в детскую поликлинику о выписке ребенка.

13. Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования форма N 022-7/у (клиническая группа IV).

Протокол составляется: всеми ЛПО, где впервые установлен случай поздней диагностики злокачественной опухоли при жизни больного (3 и 4 стадии для визуальных локализаций и 4 стадии для всех остальных локализаций), а также в случаях, когда больной, не получивший специального лечения, умер от злокачественной опухоли в течение 3-х месяцев с момента установления диагноза злокачественного новообразования, и когда диагноз злокачественного новообразования был установлен посмертно. Протокол составляется в 2-х экземплярах - первый остается в медицинской карте стационарного или амбулаторного больного, второй - пересылается в онкологический диспансер по месту жительства больного. Онкологический диспансер (онкологический кабинет) после получения протокола запущенности берет больных на учет (IV клиническая группа). В протоколе отражаются в хронологическом порядке этапы обращения больного за медицинской помощью по поводу данного заболевания, указываются ЛПО, по вине которых произошла задержка в своевременном установлении диагноза и начале лечения, и практические предложения по улучшению диагностики опухолей. Результаты расследования причин запущенности в особо важных случаях обсуждаются на врачебных конференциях в лечебном учреждении, в котором впервые был установлен факт поздней диагностики опухоли, с привлечением врачей, по вине которых заболевание оказалось запущенным. Материалы расследования запущенных случаев, злокачественных новообразований используются органами здравоохранения и онкологическими диспансерами для разработки конкретных мероприятий по улучшению онкологической помощи населению.

14. Статистическая карта выбывшего из стационара составляется на основании медицинской карты стационарного больного (ф. N 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

Карта составляется одновременно с записью эпикриза в медицинской карте стационарного больного лечащим врачом на всех выбывших из стационара (выписанных или умерших), в том числе и родильниц, выписанных после нормальных родов. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре. В карте отражаются основные сведения: о длительности лечения больного в стационаре, диагнозе основного и сопутствующих заболеваний, сроке, характере и эффективности хирургической помощи, исходе заболевания и др. Карты обеспечивают наиболее рациональную разработку сведений для составления соответствующих разделов отчета.

На основании карты выбывшего из стационара заполняются разделы отчета: состав больных и исходы лечения, хирургическая работа стационара (включая экстренную хирургическую помощь). При переводе больного из одного отделения в другие той же больницы карта выбывшего больного заполняется в отделении, из которого выбыл больной.

В тех случаях, когда в карте указано два и более диагнозов заболеваний, в отчете больной относится к одному из этих заболеваний, послужившему основной причиной госпитализации. Карта выбывшего из стационара должна быть подписана врачом. Карта не заполняется на больных, переведенных в другие стационары. На картах больных, госпитализированных по поводу несчастных случаев, отравлений и травм, должна быть сделана пометка о виде травм: производственная, бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная.

15. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (форма N 007/у).

Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. N 007/у) является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в стационаре. Наряду с этим он обеспечивает возможность регулировать прием больных в стационар, поскольку в нем указывается наличие свободных мест. Листок ведется старшей сестрой отделения (больницы) при этом по строке 1 показываются данные в целом по отделению или больнице, а в последующие строки вписываются данные по отдельным профилям коек.

В случаях, когда приказом по больнице было произведено временное перепрофилирование коек, сведения в листке (гр. 3) о фактически развернутых койках показываются по новому профилю коек. В гр. 3 показывается число фактически развернутых в пределах сметы коек, включая свободные, не занятые больными, койки но не включая приставных коек, развернутых временно в связи с перегрузкой. В графе 4 указывается число коек, временно не функционировавших, закрытых на ремонт, карантин и по другим причинам. Порядок заполнения листка указан на бланке формы. Заполненные листки по ф. N 007/у передаются каждый день статистику или другому сотруднику, отвечающему за ведение учета в больнице, которые ежедневно подводят итоги по учреждению в целом и записывают их на бланке той же формы N 007/у. В

конце месяца на основании сведений ежедневных листков по каждому профилю коек и по больнице в целом составляются сводки, и полученные данные записываются в сводную ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек ф. N 016/у.

17. Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению, профилю коек (форма N 016/у).

Заполняется в больницах всех профилей. Служит для подведения помесечных и годовых итогов движения больных и использования коек по отделениям, профилям коек и стационару в целом. Служит для заполнения табл. 1, раздела III отчета лечебно-профилактического учреждения по ф. N 1. Инструкция к заполнению помещена на бланке

форм.

18. Медицинская карта амбулаторного больного (форма N 025/у).

Медицинская карта является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данную ЛПО. На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей. Карта заполняется во всех ЛПО, ведущих амбулаторный прием общих и специализированных, городских и сельских, включая ФАПы, врачебные и фельдшерские здравпункты. Медицинская карта амбулаторного больного заполняется в ЖК на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности; на беременных и родильниц заполняется индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. N 111/у). На ФАПах и здравпунктах в случае надобности вместо медицинской карты амбулаторного больного разрешается вести журнал регистрации амбулаторных больных (ф. N 074/у). В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара, или его смерти, медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику. В случае смерти больного, одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив ЛПО. На титульном листе медицинской карты амбулаторного больного предусмотрено место для записи заболеваний, по поводу которых больной был взят под диспансерное наблюдение, с указанием дат взятия и снятия с учета и причины снятия. Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов, на титульном листе он записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных, заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист. Если у больного изменяется характер заболевания, то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается. Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом, обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих

посещениях или в предыдущие годы. В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения. В случае, когда поставленный и записанный на «листе» диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения. В случае перехода болезни из одной стадии в другую, записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии. Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какую ЛПО не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на "листе" знаком "+" (плюс). Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз, всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на "листе" знаком "+" (плюс). Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами в порядке текущих наблюдений. Здесь же записываются консультации специалистов, ВКК и т.д. Медицинские карты амбулаторного больного хранятся в регистратуре: в поликлиниках - по участкам и в пределах участков по улицам, домам, квартирам; в ЦРБ и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту.

19. Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма N 111/у).

Индивидуальная карта беременной и родильницы заполняется на каждую обратившуюся в ЖК беременную, желающую сохранить беременность. В карту заносятся паспортные данные, сведения анамнестического характера (особо подробно о течении и исходах предыдущих беременностей), данные о состоянии здоровья женщины ко времени обращения в ЖК, результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. При повторных посещениях жалобы, данные объективного обследования и назначения записываются в специальный раздел карты. Эти данные позволяют проследить динамику ряда объективных показателей состояния беременной и плода (пункт N 6), а также принимать меры в случае отклонения их от нормы.

В карте представлен специальный лист для подклейки анализов и других документов. Последняя страница карты предназначается, для записи сведений о течении и исходе родов (на основании талона N 2 обменной карты ф. N 113/у), а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара. После снятия женщины с диспансерного наблюдения карта за подписью лечащего врача и заведующего ЖК поступает в архив ЖК (родильного дома).

20. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма N 030/у).

Контрольная карта диспансерного наблюдения заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими ЛПО, кроме противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений для которых утверждены специальные карты диспансерного наблюдения. Карты заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний, диагноз заболеваний указывается в правом верхнем углу карты. Там же отмечается дата установления диагноза и способ выявления его: при обращении за лечением, при профилактическом

осмотре. Контрольные карты используются для контроля за посещением больных, для чего в п. 7 отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу. Специально отведено место - для записи возникающих осложнений, сопутствующих заболеваний, изменений диагноза и для записи наиболее важных лечебно-профилактических мероприятий: госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т.д. На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух различных заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты. Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение. Карты рекомендуется хранить по месяцам назначенной явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний), позволяет вести контроль систематичности посещений и принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.

21. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (форма N 089/у).

Извещения составляются врачами всех ЛПО системы МЗ РБ и других ведомств, независимо от их специальности, места работы (в больницах, поликлиниках, диспансерах, санаториях и т.д.) и условий выявления заболевания (при обращении за лечением, при профилактическом осмотре, обследовании в стационаре и т.д.) на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено заболевание. Средний медперсонал составляет извещения только на больных чесоткой, при всех других заболеваниях больной направляется к врачу, который и составляет извещение в случае подтверждения диагноза. Заболевание некоторыми венерическими и грибковыми заболеваниями, чесоткой могут возникнуть неоднократно в течение жизни больного; каждое новое заболевание следует рассматривать, как впервые диагностированное, и составлять на него извещение. Составленные извещения в трехдневный срок пересылаются в областной (районный) диспансер по месту жительства больного для использования в оперативных целях. По окончании месяца кожно-венерологические, противотуберкулезные учреждения пересылают полученные извещения и извещения, составленные в самих специализированных диспансерах (кабинетах) в областной диспансер, где они используются как в оперативных целях, так и для составления отчетности о больных венерическими и грибковыми заболеваниями (ф. 61а-краткая и 61а-полугодовая и годовая) и больных активным туберкулезом (ф. N 61б-полугодовая и годовая).

22. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования (форма N 090/у).

Извещение составляется всеми врачами общей и специальной сети ЛПО, в которых у больного впервые в жизни установлен диагноз рака или другого злокачественного новообразования. Извещение заполняется на больных, выявленных при их самостоятельном обращении в поликлинику за медицинской помощью, при целевых и периодических профилактических осмотрах, медицинском освидетельствовании, обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии, при сверке сведений об умерших от злокачественных новообразований с данными

ЗАГСов и статистических управлений, если выясняется, что диагноз установлен после смерти. Порядок заполнения извещений указан на обороте бланка извещения.

23. Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью (форма N 065-2/у).

Форма "Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью" заполняется врачом на каждого больного сифилисом или гонореей с впервые в жизни установленным диагнозом заболевания, сразу же после постановки диагноза. В строке о месте проживания у лиц, занимающихся бродяжничеством, следует написать, что постоянного места жительства не имеет и указать адрес последнего проживания. Кроме того, нужно указать место и год рождения (для возможного розыска). В строке о форме венерической болезни необходимо указать полный диагноз сифилиса или гонореи. Форма N 065-2/у "Предупреждение..." подписывается врачом и больным (в 2-х экземплярах), хранится вместе с медицинской картой больного (форма N 065/у).

24. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма N 060/у).

Журнал ведется во всех ЛПО.

25. Справка о ВН студентов, учащихся техникумов, профтехучилищ, о болезни, карантине ребенка, посещающего школу, ДДУ (форма N 095/у).

Справка заполняется врачом ЛПО в случае ВН студентов, учащихся техникумов, профессионально-технических училищ или болезни, карантина ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение. Корешок справки заполняется одновременно со справкой и остается в ЛПО. В графе "диагноз" указывается диагноз заболевания, либо в случае, отсутствия ребенка в ДДУ по карантину и др. указывается причина отсутствия. Выдача справки фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного (форма N 025/у). Справка удостоверяет факт заболевания студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, школы, является единственным документом, освобождающим его от занятий, для детей посещающих дошкольные учреждения - документом, удостоверяющим заболевание ребенка или карантин.

26. Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии (форма N 035/у).

Журнал ведется во всех ЛПО, имеющих врачебно-консультационные комиссии, как амбулаторных, так и стационарных. В журнал записываются все больные, представляемые на ВКК, независимо от повода представления - для продления листка нетрудоспособности, решения вопроса о дальнейшем лечении, трудоустройстве и т.д. Больной записывается в журнал столько раз, сколько он представлялся на ВКК, при этом в графе 13 указывается, который раз он представлен. Журнал может использоваться также для учета любой консультационной работы - как в специальных консультативных поликлиниках, так и отдельными специалистами-консультантами ЛПО.

27. Книга регистрации листков ВН (форма N 036/у).

Книги регистрации листков ВН ведутся во всех ЛПО амбулаторных и стационарных, выдающих листки ВН (в т.ч. и на ФАПах, фельдшеры которых пользуются правом выдачи листков ВН). В книге регистрируются все листки ВН (первичные и продолжения) как выданные данной ЛПО, так и выданные в другой ЛПО, но продлеваемые данной организацией.

28. Журнал учета санитарно-просветительной работы (форма N 038/у). Журнал ведется во всех ЛПО и санитарно-профилактических организациях, проводящих санитарно-просветительную работу среди больных и населения. Записи в журнале подлежат все виды санитарно-просветительной работы, проводимые врачами и средним медперсоналом. Записи о проведенной санитарно-просветительной работе используются для заполнения соответствующих разделов в государственной статистической отчетности.

29. Медицинское свидетельство о рождении (форма N 103/у). Медицинское свидетельство о рождении удостоверяет факт рождения ребенка и выдается на руки родителям для регистрации рождения ребенка в органах ЗАГСа. Свидетельство заполняется врачом; в сельской местности, не имеющей врачей - акушеркой или фельдшером, принявшими роды. Порядок заполнения и выдачи свидетельства утвержден специальным документом.

30. Журнал регистрации амбулаторных больных (форма N 074/у). Журнал регистрации амбулаторных больных ведется на ФАПах (если на пунктах не ведется медицинская карта амбулаторного больного ф. N 025/у), врачебных и фельдшерских здравпунктах, служит для записи всех, обращающихся к персоналу пункта, больных, независимо от повода обращения. Журнал применяется также для регистрации больных, обратившихся за амбулаторной помощью в приемные отделения стационаров и на станции скорой и неотложной медицинской помощи. Данные журнала используются для получения сведений о числе посещений, для отчетов ФАПов (ф. N 14), здравпунктов (ф. N 7). В отчетах ЛПО по ф. N 1 сведения о числе посещений у врачей приемного отделения включаются в табл. 1, раздел II.

31. Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАПа (форма N 075/у).

В тетрадь вносятся сведения только о женщинах, желающих сохранить беременность. Для каждой беременной отводится страница тетради. Паспортная часть и анамнестические данные заполняются при взятии беременной под наблюдение. Последующие строки по окончании беременности на основании данных, полученных из той ЛПО, в которой произошли роды (аборт). При каждом обращении беременной в ФАП или посещении ее на дому акушерка заносит в тетрадь краткие сведения о состоянии беременной и результатах общего и акушерского ее обследования и назначения. Здесь же записываются сведения о направлении беременной к врачу (акушеру-гинекологу, терапевту), результатах обследования беременной, о проведенных лабораторных исследованиях, о случае госпитализации (при необходимости), о переводе беременной на более легкую работу, о времени предоставленного ей дородового и послеродового отпусков и т.д. После снятия женщины с учета акушерка заверяет заполненную страницу своей подписью. Записи в тетради используются при составлении отчета ФАПа (ф. N 14).

32. Контрольный журнал регистрации группы крови и резус принадлежности (форма 127/у).

Журнал ведется во всех ЛПО, производящих определение группы крови и резус-принадлежности с последующим внесением необходимых сведений в паспорта граждан (или другие документы, удостоверяющие личность). Место ведения журнала

в учреждении определяется главным врачом, в зависимости от местных условий (лаборатория, регистратура и т.д.).

33. Талон на прием к врачу (форма N 025-4/у).

Талон на прием к врачу является оперативным документом, позволяющим правильно формировать очередность приема пациентов. Лицевая сторона талона заполняется в регистратуре при записи больных или самими больными при системе самозаписи. Обратная сторона талона заполняется медицинской сестрой, работающей вместе с врачом, путем подчеркивания нужных обозначений и используется для заполнения дневника работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (ф. N 039/у).

34. Книга записи вызовов врачей на дом (форма N 031/у).

Книга служит для записи вызовов врачей на дом и контроля их выполнения. Ведется во всех ЛПО, оказывающих медицинскую помощь на дому. Книги могут использоваться и на ФАПах для записи вызовов на дом среднего медперсонала. Книги ведутся регистратором (медицинской сестрой), принимающим вызовы. При вызове заполняются первые 8 граф книги. В книгу записываются как первичные, так и повторные вызовы, а также посещения больных на дому по инициативе врача (без вызова), в последнем случае в гр. 7 книги отмечается активное посещение. На основании вызовов регистратором подбираются медицинские карты амбулаторных больных и передаются врачам, выполняющим вызовы. После выполнения вызова карты возвращаются в регистратуру и на основании сведений, в них внесенных, врачом заполняются графы 9-13 книги записи вызовов врачей на дом. По записи в книге подсчитывается число посещений, сделанных врачом на дому и ежедневно записывается в дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (ф. N 039/у).

35. Журнал записи амбулаторных операций (форма N 069/у).

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом. Журнал дает возможность в оперативном порядке следить за числом и характером проведенных операций, применяемыми видами обезболивания, нагрузкой отдельных хирургов. В журнале регистрируются все произведенные в поликлинике хирургические вмешательства, при этом кратко описывается ход операции, указывается вид обезболивания, записывается фамилия оперирующего хирурга и операционной сестры.

36. Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (форма N 084/у).

Заключение заполняется врачом акушером-гинекологом в случае, когда необходим перевод женщины на время беременности на другую работу, не оказывающую отрицательного влияния на состояние женщины и плода. При переводе указывается срок беременности и основания для перевода.

37. Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) (форма N 116/у).

Тетрадь ведется участковой (патронажной) медицинской сестрой (акушеркой) и отражает ее работу за определенный период времени. В графах 3, 4 и 5 записываются паспортные данные патронируемого больного или беременной. В 6-ой графе отмечаются лекарственные и другие назначения, в соответствии с записью врача

в индивидуальной карте беременной, родильницы (ф. N 111/у) или медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у). В число посещений включаются и посещения медицинской сестры на дому для измерения температуры. В графе 7-ой проводится запись проведенного обследования (пульс, АД и пр.). Отметка о выполнении назначения, указанного в графе 6, делается в графе 8-ой. В 9-ой графе средний медицинский работник, выполняющий патронаж, ставит разборчиво свою подпись. Записи в тетради используются для проверки работы участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) по выполнению врачебных назначений, а также проведения патронажной работы. Соответствующие данные могут быть использованы в оперативном порядке для определения объема и характера работы по обслуживанию больных на дому средним медицинским персоналом.

38. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма N 025-2/у).

Талон заполняется на основании записей в листе заключительных (уточненных) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного на все заболевания и травмы в нем записанные, кроме острых инфекционных заболеваний, учитываемых по извещениям (ф. N 058/у). Талон заполняется в поликлиниках (амбулаториях) городских и сельских, женских консультациях. В зависимости от системы организации работы в поликлинике талоны заполняются по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врачей или централизованно статистиком учреждения по данным, переданных ему с приема медицинских карт амбулаторного больного. На основании талонов заполняются сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении (ф. N 071/у), и сводная ведомость впервые выявленных несчастных случаев, отравлений и травм (ф. N 071-1/у).

39. Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАПа (форма N 039-1/у).

Дневник работы среднего медицинского персонала ведутся во всех поликлиниках (амбулаториях), диспансерах и др. По дневнику учитывается объем работы по дням в течение месяца, нагрузка по приему женщин, обратившихся с профилактической целью на самостоятельном приеме, количество отпущенных процедур и их характер. В графах 4, 5, 6 и 7 записывается количество посещений на дому с указанием, являлись ли эти посещения самостоятельными, осуществлялись с целью оказания медицинской помощи по назначению врача или носили профилактический характер. Вышеперечисленные данные могут быть использованы для определения объема и характера работы по обслуживанию больных на дому средним медицинским персоналом. Инструкция по заполнению напечатана на обороте формы N 039-1/у. Дневник используется для составления соответствующих разделов в отчетах ЛПО (ф. N 1, раздел II, п. 3), здравпункта (ф. N 7), ФАПа (ф. N 14).

40. Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (форма N 028/у). Направления на консультацию во вспомогательные кабинеты используются амбулаторно-поликлиническими и стационарными ЛПО при направлении больных к консультантам и во вспомогательные кабинеты (рентгеновские, физиотерапевтическое, ЛФК, т.д.) внутри учреждения и при направлении на консультацию, для производства аппаратных и инструментальных исследований,

лечения во вспомогательных кабинетах других ЛПО. Лицевая сторона направления заполняется лечащим врачом, направляющим больного, обратная - консультантом, врачом вспомогательного кабинета. Заключение подлежит пересылке лечащему врачу и вклеивается в медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного.

41. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма 027/у).

Выписка заполняется, амбулаторно-поликлиническими ЛПО при направлении больного на стационарное лечение и стационарами всех профилей при выписке (в случае смерти) больного. Служит для взаимной информации амбулаторно-поликлинических и стационарных ЛПО о диагнозе, течении заболевания, состоянии больного при направлении (выписке), проведенных исследованиях и лечении, лечебных (трудовых) рекомендациях больному. Выдается на руки больному или пересылается лечащему врачу.

42. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, сведения ЖК о беременной (форма N 113/у).

Карта состоит из трех отрывных талонов. Она предназначена для осуществления преемственности в наблюдении за женщиной и ее ребенком ЖК, акушерского стационара и детской поликлиники. Обменная карта выдается ЖК на руки каждой беременной при сроке беременности 22 недели. Врач ЖК при заполнении первого талона "Сведения ЖК о беременной" подробно записывает сведения об особенностях течения прежних беременностей, родов, послеродового периода и тех особенностей течения настоящей беременности и состояния беременной, знание которых имеет важное значение для врача, ведущего роды у данной женщины. При последующих посещениях ЖК беременная приносит обменную карту для записей в нее данных последующих осмотров и исследований. При поступлении в стационар (на роды или в отделение патологии беременности) женщина обязана предъявить обменную карту. Первый талон хранится в истории родов. Второй талон "Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице" заполняется в акушерском стационаре перед выпиской родильницы и выдается ей для передачи в ЖК. В особых случаях талон направляется в ЖК по почте или с нарочным. Врач акушерского стационара при заполнении второго талона подробно записывает сведения о тех особенностях течения родов, послеродового периода и состояния родильницы, которые вызывают необходимость специального наблюдения за ней или предоставления ей дополнительного послеродового отпуска длительностью 14 календарных дней. Третий талон "Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном" заполняется в детском отделении акушерского стационара перед выпиской новорожденного и выдается матери для передачи его в детскую поликлинику. Однако, это не освобождает акушерский стационар от необходимости сообщения в детскую поликлинику о выписке новорожденного (в день выписки). Врачи акушерского стационара (акушер и педиатр) при заполнении третьего талона наиболее подробно записывают в него сведения о тех особенностях родов и состояний новорожденного, которые вызывают необходимость специального наблюдения за ним после выписки из стационара.

43. Карта, больного, лечящегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете) (форма N 044/у).

Карты ведутся во всех ЛПО амбулаторных и стационарных, имеющих физиотерапевтические отделения (кабинеты). Карта заполняется на каждого больного, принятого на лечение физиотерапевтическим отделением (кабинетом). На каждого больного заполняется только одна карта, независимо от количества и видов назначенных процедур. На лицевой стороне карты отмечаются виды, количество и дозировка назначенных процедур, на обороте - фактически выполненные процедуры. Карты используются для заполнения сведений о работе физиотерапевтических отделений (кабинетов) в отчете ЛПО по ф. N 1.

44. Журнал учета процедур (форма N 029/у)

Журнал учета процедур является оперативным документом, служащим для регистрации отпускаемых процедур. Журналы ведутся медицинскими сестрами во всех кабинетах поликлиники, где проводятся процедуры, и отделениях стационара. Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры. В процедурных кабинетах крупных ЛПО отдельные журналы можно вести на каждый вид процедуры. Фамилия больного вписывается в журнал в текущем порядке только один раз, в день производства первой процедуры. Если курс процедур не исчерпывается 19 процедурами, на которые рассчитана страница журнала, то больные, продолжающие лечение, вносятся в журнал учета процедур вторично. Измерение температуры процедурой не считается. Процедуры, проведенные лично врачом, в журнале не учитываются, отметки о их проведении делаются в медицинских картах амбулаторного или стационарного больного. По поликлиникам они учитываются как посещения к врачу в "Дневнике работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (форма N 039/у).

45. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма N 058/у).

Экстренное извещение составляется врачами и средним медицинским персоналом ЛПО, ведомств, медицинским персоналом школ, детских домов, ДДУ в случае выявления инфекционного заболевания (подозрения на него), пищевого, острого профессионального отравления, неправильной реакции на прививку, независимо от условий выявления: при обращении за лечением, профилактическом осмотре, обследовании в стационаре на секции и т.д. Служит для информации ЦГиЭ по месту обнаружения заболевания с целью принятия необходимых противоэпидемических мер.

Таким образом, единообразие ведения и оформления медицинской документации является необходимым компонентом стандартизации оказания медицинской помощи в ЛПО акушерско-гинекологического профиля.

5.7. Стандартизированные формы должностных инструкций медицинского персонала ЖК.

Нами разработаны и внедрены в практическую деятельность ЛПО акушерско-гинекологического профиля стандартизированные формы должностных инструкций врачебного и среднего медицинского персонала.

Должностная инструкция врача акушера-гинеколога амбулаторного приема

1. Общие положения

1.1. Врач акушер-гинеколог амбулаторного приема ЖК (далее – врач) относится к категории специалистов.

1.2. На должность врача назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование, квалификацию врача-гинеколога без предъявления требований к стажу работы.

1.3. Врач назначается на должность, перемещается и освобождается от нее приказом нанимателя.

1.4. Врач непосредственно подчиняется заведующему ЖК.

1.5. Врач должен знать:

1.5.1. Нормативно-правовые акты и другие руководящие материалы вышестоящих органов по вопросам здравоохранения.

1.5.2. Общие вопросы организации АГП, организацию работы скорой и неотложной медицинской помощи.

1.5.3. Показатели МС, МлС и ПС и мероприятия по их профилактике и снижению.

1.5.4. Основы топографической анатомии областей тела и, в первую очередь, передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза и уро-генитальной области в норме и при патологии.

1.5.5. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии соответственно у здоровых женщин и при акушерско-гинекологической патологии.

1.5.6. Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; физиологию и патологию менструальной функции женщины.

1.5.7. Физиологию и патологию беременности, родов и послеродового периода, группы риска.

1.5.8. Причины возникновения патологических процессов в организме женщины, механизмы их развития и клинические проявления.

1.5.9. Влияние производственных факторов на специфические функции женского организма.

1.5.10. Физиологию и патологию системы гомеостаза, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов.

1.5.11. Основы водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния крови, возможные типы их нарушений и принципы лечения.

1.5.12. Общие и специальные методы исследования в акушерстве и гинекологии.

1.5.13. Основы применения эндоскопии и лучевой диагностики для обследования и лечения беременных и гинекологических больных.

1.5.14. Вопросы асептики и антисептики в акушерстве и гинекологии.

1.5.15. Основы иммунологии и генетики в акушерстве и гинекологии.

1.5.16. Принципы, приемы и методы обезболивания в акушерстве и гинекологии, основы интенсивной терапии и реанимации у женщин и новорожденных.

1.5.17. Основы инфузионной терапии в акушерстве и гинекологии.

1.5.18. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии.

1.5.19. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации.

1.5.20. Основы патогенетического подхода при проведении терапии в акушерстве и гинекологии.

1.5.21. Правила ведения беременных с различного рода акушерской и ЭГП.

1.5.22. Методику организации обслуживания беременных, гинекологических больных и неорганизованного женского населения.

1.5.23. Основы физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

1.5.24. Основы рационального питания и принципы диетотерапии в акушерстве и гинекологии.

1.5.25. Современные методы профилактики и лечения акушерско-гинекологической патологии, а также непланируемой беременности.

1.5.26. Основы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у женщин.

1.5.27. Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, медико-социальной и врачебно-трудовой экспертизы в акушерстве и гинекологии.

1.5.28. Организацию диспансеризации женщин, анализ ее эффективности.

1.5.29. Организацию валеологической работы.

1.5.30. Правила и нормы санитарно-гигиенического и противозидемического режима.

1.5.31. Основы трудового законодательства.

1.5.32. Правила и нормы медицинской этики и деонтологии.

1.5.33. Правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и пожарной безопасности.

1.6. Врач должен владеть:

1.6.1. Методиками обследования, лечения и реабилитации беременных и гинекологических больных в условиях ЖК.

1.6.2. Методикой операции вакуум-аспирации, фракционного выскабливания цервикального канала и полости матки, взятием биопсии шейки матки, техникой забора мазков, введением и извлечением ВМС.

1.7. В своей деятельности врач руководствуется:

1.7.1. Нормативно-правовыми документами МЗ РБ и УЗО Гродненского облисполкома.

1.7.2. Положением о ЖК.

1.7.3. Правилами и нормами гигиены труда.

1.7.4. Правилами внутреннего трудового распорядка.

1.7.5. Настоящей должностной инструкцией.

В случае отсутствия врача его обязанности исполняет назначенный в установленном порядке специалист, который приобретает соответствующие права, несет полную ответственность за ненадлежащее исполнение (неисполнение) должностных обязанностей.

2. Обязанности

Для выполнения возложенных на него функций врач обязан:

3.1. Организовать и провести все необходимые мероприятия, направленные на раннее выявление беременных, своевременное взятие их на учет и полное клинико-лабораторное обследование.

3.2. Выявить факторы риска развития той или иной акушерской и гинекологической патологии и организовать проведение мер профилактики.

3.3. Применить объективные методы обследования беременной или гинекологической больной, выявить общие и специфические признаки гинекологического заболевания или осложнения беременности.

3.4. Оценить тяжесть состояния больной, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий.

3.5. Оказать необходимую срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях.

3.6. Определить показания к госпитализации беременной или гинекологической больной, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием женщины.

3.7. Составить дифференцированный план ведения беременной и провести его коррекцию в динамике.

3.8. Разработать план подготовки больной к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем к операции.

3.9. Определить группу крови и выполнить внутривенное или внутриаартериальное переливание крови, реинфузию; выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия.

3.10. Применить по показаниям адекватную методику обезболивания в акушерско-гинекологической практике.

3.11. Вести медицинскую документацию (в том числе и учетно-отчетную) в соответствие с действующими нормативно-правовыми актами.

3.12. Проводить профилактику непланируемой беременности.

3.13. Проводить диспансеризацию и оценивать ее эффективность.

3.14. Своевременно ставить на диспансерный учет беременных и гинекологических больных, проводить им необходимое обследование и лечение.

3.15. Обеспечить плановое обследование и лечение больных, состоящих на диспансерном учете.

3.16. Проводить анализ основных показателей своей деятельности.

3.17. Проводить экспертизу ВН, решать вопросы, связанные с трудоустройством беременных женщин и гинекологических больных в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

3.18. Проводить осмотр совместно с заведующим ЖК больных женщин с неустановленным диагнозом, беременных, отказывающихся от госпитализации, спорным сроком беременности, своевременно направлять на консультацию в другие ЛПО.

3.19. Обеспечивать преемственность в работе с другими ЛПО с оформлением соответствующей документации в объеме, определенном нормативными документами МЗ РБ и УЗО Гродненского облисполкома.

3.20. Поддерживать санитарно-гигиеническое и противоэпидемиологическое благополучие в ЖК.

3.21. Проводить валеологическую работу, пропагандировать здоровый образ жизни среди населения.

3.22. Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии.

3.23. Соблюдать правила и нормы гигиены труда.

3.24. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

3.25. Соблюдать правила и нормы охраны труда, техники безопасности, противопожарной защиты.

3. Права

Врач имеет право:

4.1. Получать информацию, необходимую для четкого выполнения своих профессиональных обязанностей.

4.2. Вносить на рассмотрение руководства предложения по организации и совершенствованию своей деятельности.

4.3. Принимать участие в совещаниях, конференциях, семинарах при обсуждении вопросов, связанных с его деятельностью.

4.4. Осуществлять контроль работы среднего медицинского персонала, подчиненного ему.

4.5. Требовать от руководства ЛПО обеспечения рабочего места необходимым оснащением для качественного выполнения своих функциональных обязанностей.

4.6. Повышать квалификацию, проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий.

4. Ответственность

Врач несет ответственность:

5.1. За ненадлежащее исполнение (неисполнение) своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, - в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Республики Беларусь;

5.2. За правонарушения, осуществляемые в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Республики Беларусь;

5.3. За причинение материального ущерба – в пределах и порядке, предусмотренных действующим трудовым и гражданским законодательством Республики Беларусь.

5.4. За причинение морального вреда пациенту, причиненного при допущении ошибок в своей профессиональной деятельности - в пределах, определенных действующим законодательством Республики Беларусь.

Должностная инструкция акушерки женской консультации

1. Общие положения

1.1. Акушерка ЖК (далее – акушерка) относится к категории специалистов.

1.2. На работу акушеркой принимается лицо, имеющее среднее медицинское образование и соответствующую квалификацию, без предъявления требований к стажу работы.

1.3. Акушерка принимается на работу, перемещается и увольняется приказом нанимателя.

1.4. В своей деятельности акушерка руководствуется:

1.4.1. Нормативно-правовыми актами и другими руководящими документами вышестоящих органов и организаций по вопросам здравоохранения.

1.4.2. Приказами и распоряжениями главного врача ЛПО.

1.4.3. Положением о ЖК.

1.4.4. Правилами и нормами гигиены труда.

1.4.5. Правилами внутреннего трудового распорядка.

1.4.6. Настоящей должностной инструкцией.

1.5. Акушерка должна знать:

1.5.1. Нормативно-правовые акты и другие руководящие документы вышестоящих органов по вопросам здравоохранения.

1.5.2. Организационную структуру ЖК.

1.5.3. Основы преемственности между специалистами, службами и ЛПО.

1.5.4. Основы гигиены женщины.

1.5.5. Правила асептики и антисептики, санитарно-противоэпидемический режим в ЖК.

1.5.6. Принципы профилактики гинекологических заболеваний, основы контрацепции и здорового образа жизни.

1.5.7. Принципы и правила осмотра и выявления лиц с инфекционными кожными и венерическими заболеваниями.

1.5.8. Принципы и правила обследования пациентов на ВИЧ-инфекцию.

1.5.9. Основы обеспечения санитарно-профилактической помощи женщинам, здорового образа жизни.

1.5.10. Организационные формы работы на участке (взятие беременных на учет, направление на оздоровление диспансерных больных, активный патронаж и т.д.).

1.5.11. Правила заполнения утвержденной медицинской учетно-отчетной документации.

1.5.12. Основы трудового законодательства.

1.5.13. Правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты.

1.6. Акушерка должна владеть:

1.6.1. Техникou подкожных и внутримышечных инъекций, внутривенных вливаний.

1.6.2. Техникou взятия мазков из влагалища.

1.6.3. Техникou проведения влагалищных процедур.

1.6.4. Техникoй измерения антропометрических данных (размеров таза, артериального давления и т.п.)

1.7. Акушерка непосредственно подчиняется старшей акушерке, врачу акушеру-гинекологу, заведующему ЖК.

1.8. В случае временного отсутствия (болезни, отпуска и пр.) работника его обязанности исполняет назначенное в установленном порядке лицо, которое приобретает соответствующие права, несет полную ответственность за ненадлежащее исполнение возложенных на него обязанностей.

2. Должностные обязанности

Акушерка обязана:

2.1. Проводить подготовительную работу для лечебно-диагностической деятельности врача акушера-гинеколога и собственной деятельности.

2.2. Проводить лечебно-профилактическую работу, уход за пациентами под руководством врача.

2.3. Осуществлять лечебно-диагностическую помощь беременным и гинекологическим больным по назначению врача или совместно с ним на приеме в ЖК и на дому.

2.4. Осуществлять качественный и в полном объеме осмотр женщин, сбор акушерского анамнеза:

- взятие мазков на цитологию, при наличии клиники на флору;
- осмотр кожных покровов, пальпация молочных желез;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- своевременное направление и передачу информации о выявленных больных в ЖК по месту жительства;
- обучение женщин самообследованию молочных желез;

2.5. Осуществлять патронаж на дому беременных и гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер.

2.6. Оказывать неотложную доврачебную медицинскую помощь при острых заболеваниях по профилю деятельности с последующей консультацией акушера-гинеколога или направлением пациентки в соответствующую ЛПО.

2.7. Проводить работу по пропаганде здорового образа жизни среди населения, обслуживаемого в ЖК.

2.8. Оформлять утвержденную в установленном порядке медицинскую учетно-отчетную документацию.

2.9. Соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии.

2.10. Соблюдать правила и нормы санитарно-противоэпидемического режима.

2.11. Соблюдать правила и нормы гигиены труда.

2.12. Соблюдать правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты.

2.13. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

3. Права

Акушерка имеет право:

- 3.1. Получать информацию, необходимую для четкого выполнения своих профессиональных обязанностей.
- 3.2. Вносить на рассмотрение руководства ЖК предложения по организации и совершенствованию своей деятельности.
- 3.3. Требовать от руководства ЖК обеспечения рабочего места необходимым оснащением для качественного выполнения своих функциональных обязанностей.
- 3.4. Повышать квалификацию, проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий.

4. Ответственность

Акушерка несет ответственность:

4.1. За ненадлежащее исполнение (неисполнение) своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, - в пределах и порядке, определенных действующим трудовым законодательством Республики Беларусь;

4.2. За правонарушения, осуществляемые в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах и порядке, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Республики Беларусь;

4.3. За причинение материального ущерба – в пределах и порядке, предусмотренных действующим трудовым и гражданским законодательством Республики Беларусь.

4.4. За ошибки, повлекшие причинение физического или морального вреда пациенту, - в пределах, определенных действующим законодательством Республики Беларусь.

Таким образом, в Гродненской области создана унифицированная система ведения учетно-отчетной документации в ЛПО акушерско-гинекологического профиля, позволяющая своевременно контролировать деятельность ЛПО по организации перинатальной помощи и разрабатывать мероприятия по ее дальнейшему совершенствованию.

ГЛАВА 6. СТАНДАРТЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ АГП В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

6.1. Методики оценки эффективности оказания медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным

В основу мероприятий по совершенствованию оказания перинатальной помощи в Гродненской области нами были положены методы по оценке качества ее оказания.

В этой связи нами были разработаны мероприятия, направленные на более рациональное и эффективное использование выделяемых финансовых средств, внедрение новых ресурсосберегающих и эффективных организационных форм оказания медицинской помощи и технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Большое значение также было уделено вопросам стандартизации различных сфер медицинской деятельности и более широкое внедрение экономических методов управления [125].

Одним из основных направлений в созданной системе оказания перинатальной помощи явилась стандартизация медицинской помощи на основе разработанных нами алгоритмов оказания АГП.

Главной целью такой стандартизации явилось создание информационно-технологической базы, обеспечивающей, с одной стороны, условия для организации доступной, гарантированной финансовыми ресурсами государства помощи женскому населению, с другой – позволяющей на основании клинико-экономического анализа с учетом достижения доказательной медицины более рационально использовать ресурсы отрасли.

Ключевой проблемой в создании новой системы оказания перинатальной помощи явилось улучшение КМП женскому населению, оцениваемое по уровню репродуктивных потерь. Практический опыт работы по внедрению метода показал, что все разработанные медицинские и управленческие мероприятия не эффективны без решения этой проблемы.

Основным фактором, определяющим КМП женскому населению, является профессиональный уровень врача акушера-гинеколога. От врача акушера-гинеколога, прежде всего, зависит выбор и полноценность использования имеющихся в его распоряжении методов диагностики и лечения заболеваний, степень риска для пациентки, обусловленная как самим заболеванием, так и проведением диагностических процедур и лечебных мероприятий, а также удовлетворенность пациентки результатами медицинской помощи. Поэтому акцент в повышении качества перинатальной помощи в Гродненской области был сделан на уровень ПМСП [110, 113, 14].

Основными направлениями улучшения КМП женскому населению Гродненской области явились разработка нами и совершенствование протоколов обследования и лечения акушерско-гинекологических заболеваний, создание оптимальных алгоритмов по оказанию перинатальной помощи, содержащих технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины, детализация технологических схем обследования, как в амбулаторно-поликлинических, так и стационарных условиях оказания АГП [116, 226].

Важное значение в решении этих задач отводилось системе экспертизы качества оказываемой АГП, представлявшей собой непрерывный процесс планирования, деятельности по реализации намеченных мер, оценке их эффективности [109, 232].

Экспертная оценка КМП позволила нам выявить наиболее часто встречающиеся дефекты в оказании перинатальной помощи на различных этапах и различными звеньями АГС.

В процессе исследований нами было установлено, что наиболее часто встречающимися дефектами в обследовании беременных женщин (при проведении экспертизы КМП учитывались лечебно-диагностические возможности ЛПО) явились следующие:

частично отсутствуют консультации необходимых врачей-специалистов (роддом – 21%, ЖК – 16,5%);

лабораторные исследования выполнены не в полном объеме (роддом – 39%, ЖК – 38,6%);

инструментальные исследования проведены не в полном объеме (роддом – 16%, ЖК – 16%).

Это позволило разработать нам управленческие меры по их устранению на основе разработанных нами алгоритмов анализа эффективности оказания АГП [153].

Как показали проведенные нами исследования, эффективность функционирования перинатальных служб ЛПО зависит от уровня компетентности и профессионализма управленческих и исполнительских кадров.

Применение разработанной нами системы оказания перинатальной помощи свидетельствует, что эффективность функционирования АКС Гродненской области может обеспечиваться при вовлечении управленцев всех уровней в процесс изучения проблем охраны матери и ребенка. Управленческие кадры должны владеть основами анализа и оценки медико-социальных явлений и деятельности медицинских структур и служб, изучать передовой опыт работы и новые медицинские технологии, оперативно внедрять их в практику, проводить оценку их эффективности.

Структурно-функциональная модель системы управления персоналом ЛПО акушерско-гинекологического профиля в Гродненской области представлена в табл. 6.1.

Оценку эффективности оказания медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным мы предлагаем проводить в соответствии с разработанной нами методикой [13]. Основным критерием оценки является исход беременности и родов для матери и плода.

Анализу эффективности оказания перинатальной помощи подлежат полнота наблюдения за женщинами репродуктивного возраста как на прегравидарном этапе, так и во время беременности, а также все случаи МС, МлС и ПС, случаи инвалидности женщин и детей в результате родоразрешения. Кроме того, в каждом ЛПО, оказывающем медицинскую помощь беременным, роженицам и новорожденным, необходимо проводить разбор всех случаев сложных акушерских и перинатальных ситуаций с благоприятным исходом для матери и плода. При этом необходимо одновременно оценивать и качество ведения медицинской документации.

Согласно разработанному нами алгоритму анализа эффективности прегравидарной подготовки женщин ГРР в прекоцептивной подготовке женщин важное значение должно придаваться тесному взаимодействию специалистов АГС и терапевтической служб с выполнением оптимального объема прегравидарных исследований (рис. 6.1.).

Важнейшее значение в прегравидарном оздоровлении должно быть отведено также выявлению очагов генитальной и экстрагенитальной инфекции, своевременной их санации. Кроме того, крайне важны мероприятия по выявлению и компенсации еще на прегравидарном этапе йододефицитных и железодефицитных состояний как ведущих факторов в снижении перинатальных заболеваний и потерь [112, 123].

В соответствии с разработанным алгоритмом анализа эффективности динамического наблюдения за беременными женщинами и оказания им медицинской помощи, главным принципом динамического наблюдения за беременными является комплексное обследование, включающее медицинский контроль состояния здоровья женщины, течения беременности, развития плода и оказания профилактической и лечебной помощи, как матери, так и плоду (рис. 6.2.).

Принадлежность беременной к группе динамического наблюдения определяют после клинического и лабораторно-диагностического обследования. В алгоритм пренатального мониторинга включается трехкратный ультразвуковой скрининг беременных в сроке 9-11, 16-20 и 24-26 недель и обязательное консультирование в ОМГЦ [122].

Табл.6.1. Структурно-функциональная модель системы управления персоналом ЛПО акушерско-гинекологического профиля

Подсистема	Элементы подсистемы	Управленческое и исполнительское обеспечение	Критерии оценки эффективности
Управление кадрами и формирование резерва кадров	Подбор и расстановка кадров	Руководство ЛПО Отдел кадров Руководители структурных подразделений	Модельные показатели деятельности ЛПО Аттестация медицинского персонала
Управление мотивацией труда	Стимулирование труда персонала	Руководство ЛПО Экономическая служба Руководители структурных подразделений	Модельные показатели деятельности ЛПО Внебюджетная деятельность
Регулирование социально-психологического климата в коллективах	Мониторинг, оптимизация и прогнозирование социально-психологического климата	Руководство ЛПО Отдел кадров Социологическая служба Руководители структурных подразделений Профсоюзная Организация	Производственные совещания Система морального и материального поощрения Анкетирование Участие в общественной жизни коллектива

План родоразрешения составляется во время беременности с учетом прогнозирования всех факторов риска. В родовспомогательных ЛПО I уровня проводят только нормальные срочные роды у женщин без наличия перинатальных и других факторов «риска».

При наличии патологии беременности и ЭГП у матери дородовая госпитализация осуществляется в вышестоящие МПЦ в плановом порядке. Госпитализация для досрочного родоразрешения осуществляется в эти ЛПО в сроке беременности более 32 недель, а при необходимости более раннего родоразрешения (до 32 недель) – только МПЦ III уровня [108].

Как следует из разработанного алгоритма анализа эффективности ведения родов, все роды должны вестись только врачом акушером-гинекологом совместно с анестезиологом-реаниматологом и неонатологом, а по показаниям – с участием терапевта и врачей других специальностей (рис. 6.3.).

В родильных отделениях ЛПО I уровня возможно родоразрешение повторнобеременных (до 3 родов включительно) и первобеременных без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии. Остальные женщины должны быть родоразрешены в ЛПУ II- III уровней.

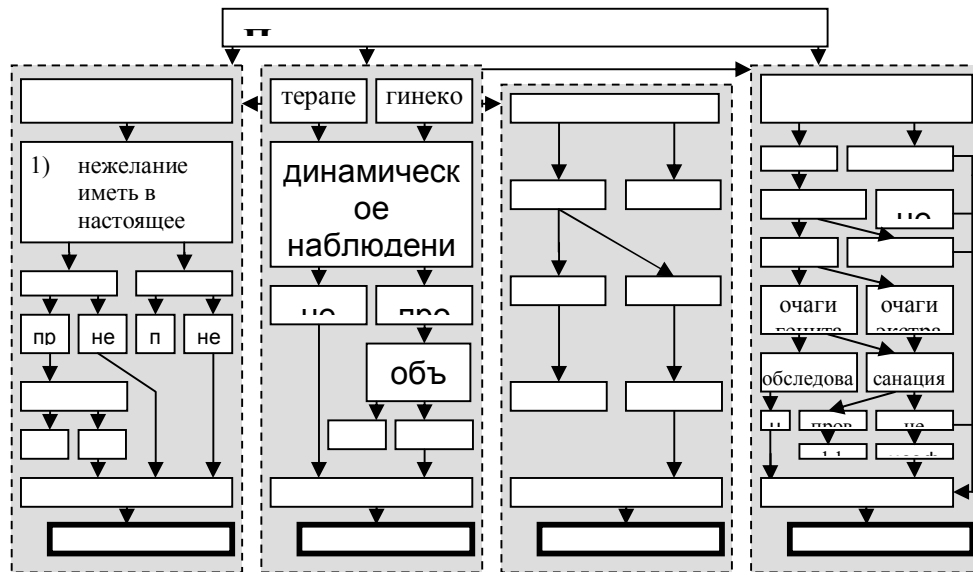
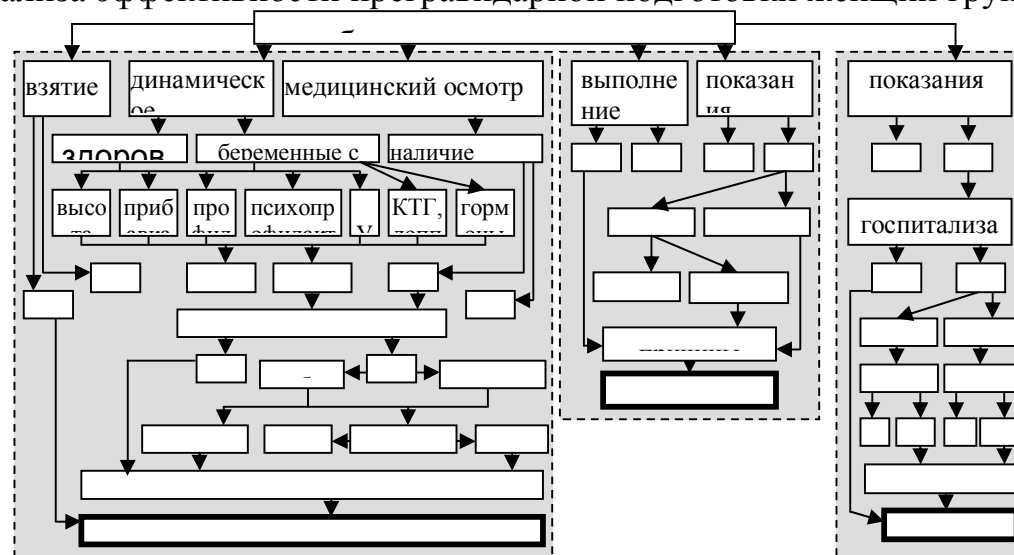


Рис. 6.1. Алгоритм анализа эффективности прегравидарной подготовки женщин группы "Резерва родов"



6.2. Алгоритм анализа эффективности динамического наблюдения за беременными женщинами (по методике О.Н. Харкевич 2001)

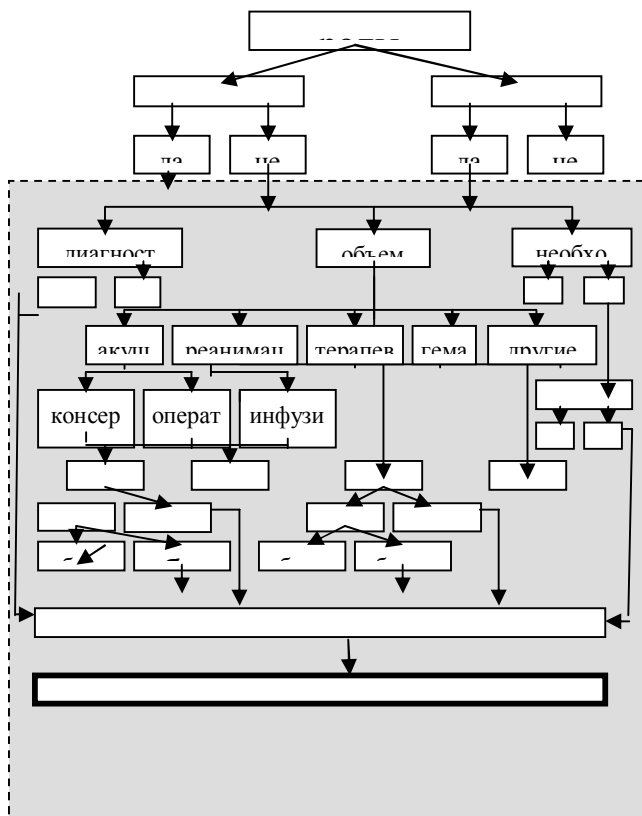


Рис. 6.3. Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи в родах

С целью дальнейшего совершенствования организации экстренной АГП Гродненской области нами был разработан перечень экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций, требующих оперативного оповещения управления здравоохранения, утвержденный приказом УЗО Гродненского облисполкома № 138 от 11.03.2004 г. "О дальнейшем совершенствовании организации оказания экстренной АГП в Гродненской области».

Данный перечень включает следующие патологические состояния:

1. Отслойка плаценты с кровопотерей более 1000 мл.
2. Атоническое маточное кровотечение с кровопотерей более 1000 мл.
3. Внематочная беременность с кровопотерей более 1000 мл.
4. ДВС-синдром.
5. Разрыв матки.
6. Гестоз III степени, преэклампсия, эклампсия.
7. Разрыв промежности III степени.
8. Травмы мочеточников, мочевого пузыря, кишечника при выполнении акушерско-гинекологических операций.
9. Послеродовый эндометрит, параметрит, перитонит, сепсис.
10. Гистерэктомию в родах и послеродовом периоде.
11. Релапаротомию в послеродовом периоде.

Приказом УЗО Гродненского облисполкома № 138 от 11.03.2004 г. "О дальнейшем совершенствовании организации оказания экстренной АГП в Гродненской области» был также определен порядок вызова областной реанимационной бригады. В настоящее время он следующий:

1. Организовать вызов по телефону областной реанимационной бригады из числа сотрудников отделения экстренной и планово-консультативной помощи ГОКБ в течение 1 часа с момента возникновения экстремальной акушерско-гинекологической ситуации.
2. Обязать заместителей главных врачей, курирующих АГС, в течение 1 часа с момента возникновения экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций, а также по результатам оказания экстренной медицинской помощи сотрудниками областной реанимационной бригады, оперативно информировать заместителя начальника УЗО, главного акушера-гинеколога УЗО, заведующую кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ, куратора соответствующего района из числа сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ.
3. Предоставлять в течение 24 часов по факсу оперативные донесения на возникшие экстремальные акушерские ситуации главному акушеру-гинекологу УЗО в соответствии с приказом УЗО № 89 от 01.03.2002 г. «О дальнейшем совершенствовании организации оказания перинатальной помощи в области во исполнение приказа МЗ РБ № 81-А от 18.12.2001 г. «О случаях МС в 4 квартале 2001 г. и мерах по улучшению работы АГС республики».

Приказом УЗО № 138. от 11.03.2004 г. "О дальнейшем совершенствовании организации оказания экстренной АПП в Гродненской области» главным врачам ЛПО предписано:

1. Проводить разбор всех случаев экстремальных акушерских ситуаций на заседаниях ЛКК с принятием адекватных управленческих мер с предоставлением материалов разбора главному акушеру-гинекологу УЗО в течение месяца с момента возникновения экстремальной ситуации.
2. Взять под личный контроль своевременность, полноту и точность представления оперативной информации и материалов разбора на ЛКК случаев экстремальных акушерских ситуаций.
3. Организовать еженедельное (по телефону в понедельник до 11.00.) информирование главного акушера-гинеколога УЗО обо всех беременных и родильницах, нуждающихся в госпитализации на III уровень оказания перинатальной помощи.

Данным приказом главному врачу ГОКБ предписано организовать в течение 1 часа с момента оповещения о возникновении экстремальной акушерско-гинекологической ситуации выезд областной реанимационной бригады из числа сотрудников отделения экстренной и планово-консультативной помощи ГОКБ, а также куратора соответствующего района из числа сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ по согласованию с заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ.

Приказ УЗО № 138. от 11.03.2004 г. "О дальнейшем совершенствовании организации оказания экстренной АПП в Гродненской области» предписывает главному акушеру-гинекологу управления:

1. Ежедневно в понедельник до 13.00. по телефону информировать главного акушера-гинеколога МЗ РБ обо всех случаях экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций.
2. Ежеквартально по результатам экстренных донесений проводить анализ качества оказания экстренной АГП с предоставлением его заместителю начальника.
3. Своевременно вносить руководству УЗО предложения по разбору конкретных случаев экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций на заседаниях коллегии, ЛКС, Совета по перинатологии.

Нами также был разработан алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным (рис. 6.4.).

Обязательными условиями для консультации по телефону или для вызова выездной реанимационно-консультативной неонатальной бригады являются следующие состояния новорожденных, родившихся в МПЦ I-II уровней:

1. оценка по шкале Апгар 5 баллов и менее через 5 мин.;
2. аспирационный синдром;
3. РДС;
4. недоношенность с массой менее 2000 г;
5. геморрагические состояния;
6. судороги;
7. ВПР с нарушением состояния;
8. острый анемический синдром;
9. сердечная недостаточность;
- 10.ГБН.

Новорожденные должны быть переведены в ЛПО II и III уровней по следующим показаниям:

1. недоношенность 2-4 ст.;
2. РДС;
3. геморрагический синдром;
4. судорожный синдром;
5. сердечная недостаточность;
6. заболевания, требующие хирургического вмешательства;
7. внутриутробная гипотрофия и ЗВУР плода II-III степени;
8. тяжелое состояние при инфекционной патологии;
9. все состояния, требующие применения искусственной вентиляции легких;
10. неврологические нарушения, требующие длительного лечения в специализированном отделении;
11. врожденные эндокринные и наследственные заболевания (гипотиреоз, фенилкетонурия);
12. диабетическая фетопатия.

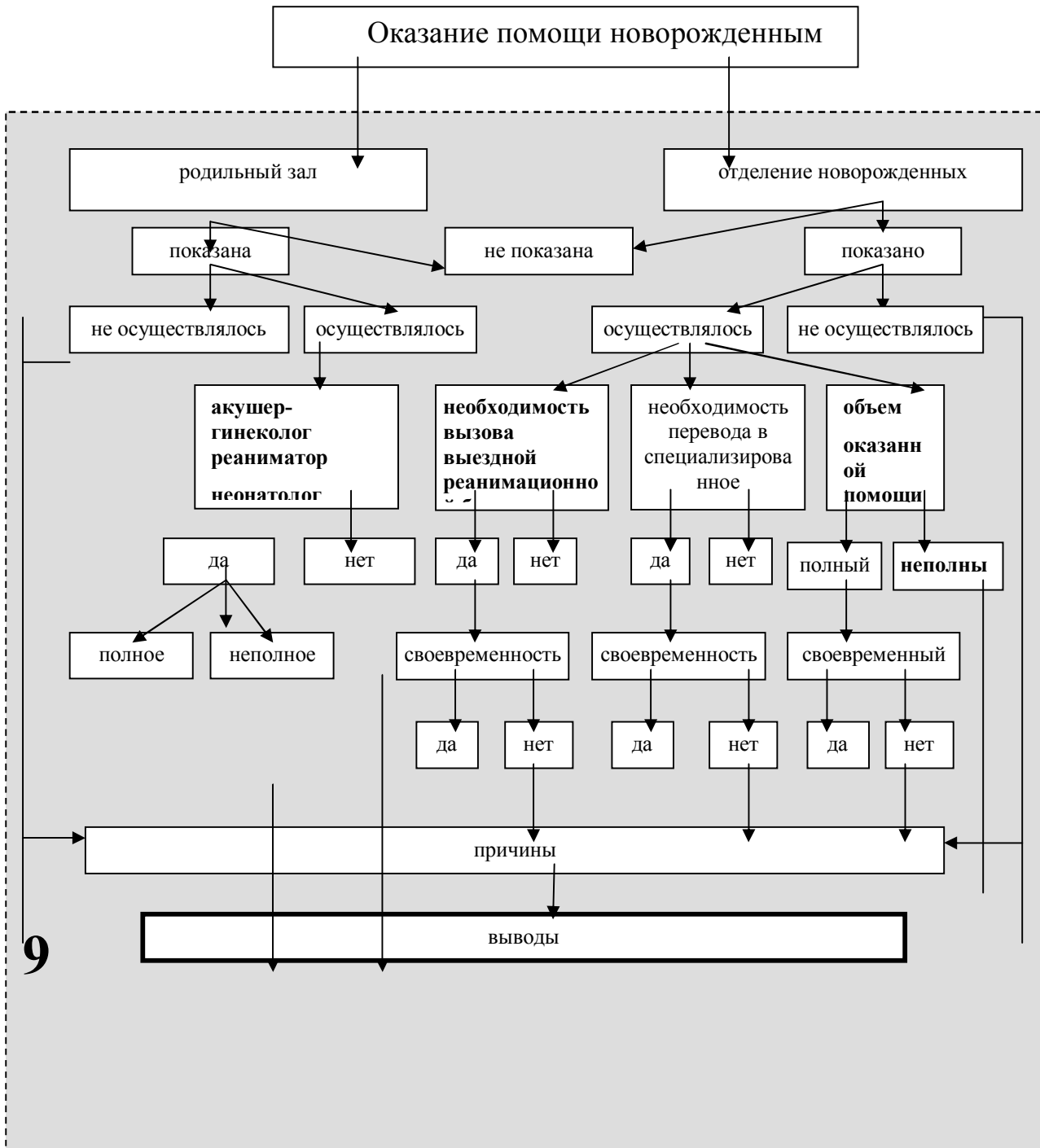


Рис. 6.4. Алгоритм анализа эффективности оказания медицинской помощи новорожденным

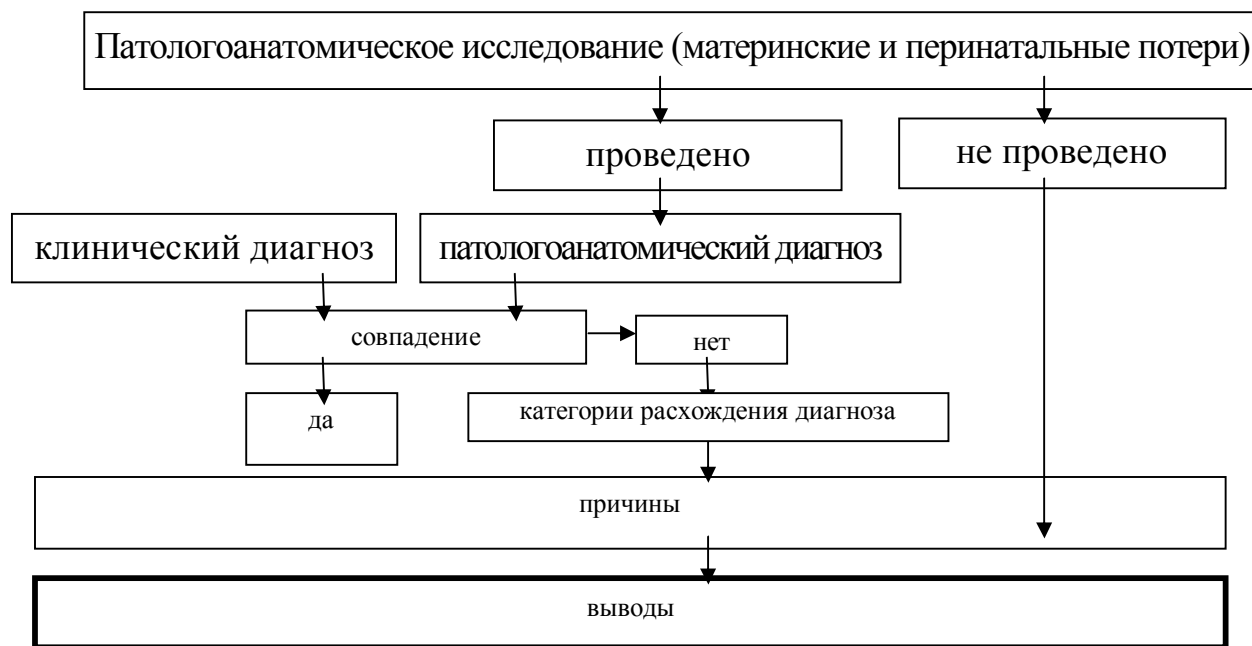


Рис. 6.5. Алгоритм оценки совпадения диагнозов

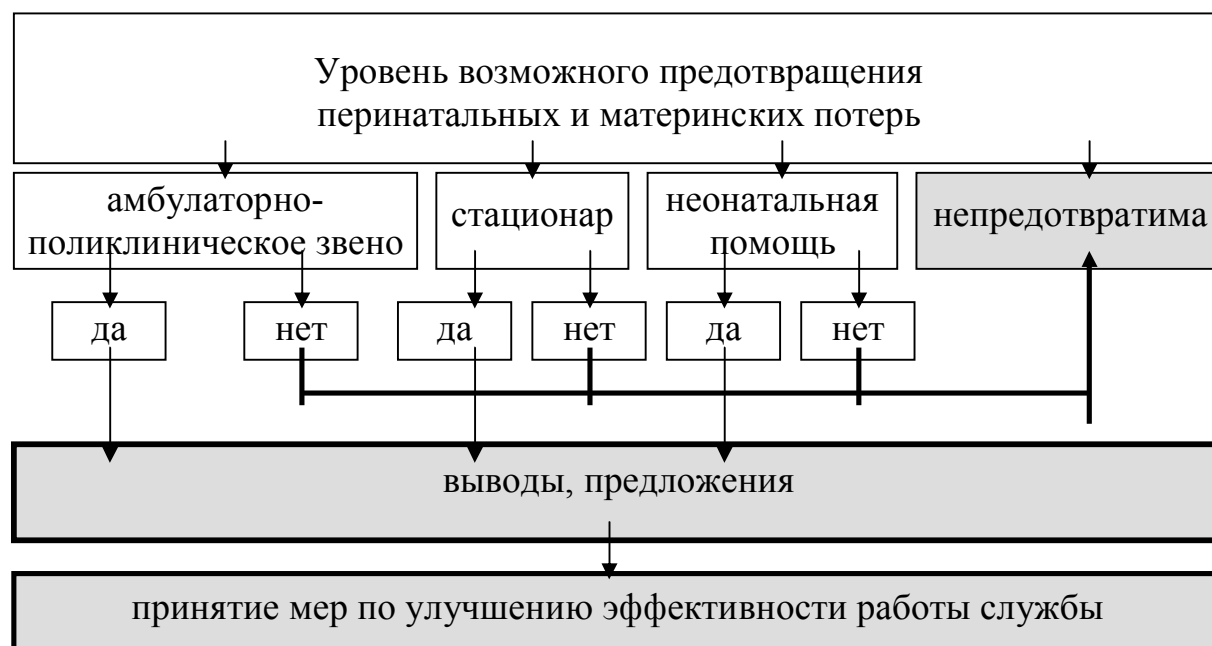


Рис. 6.6. Алгоритм определения уровня возможной предотвратимости перинатальных и материнских потерь

Дети с патологиями, не указанной в перечне, подлежат лечению в палатах новорожденных детского отделения ЛПО I уровня при условии компенсированного состояния.

Каждый случай неблагоприятного исхода беременности и родов для матери и плода должен быть проанализирован, сделаны соответствующие организационные и административные выводы.

В соответствии с разработанным алгоритмом оценки совпадения диагнозов в случае материнских и перинатальных потерь определяющее значение имеют результаты патологоанатомического исследования. Совпадение или несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов является основным критерием адекватности оказания медицинской помощи женщине и ребенку (рис 6.5.).

Результаты разбора выше указанных случаев с учетом разработанных алгоритмов обсуждаются комиссионно на заседаниях: ЛКС, советов по перинатологии, клинико-анатомических и патологоанатомических конференций с принятием соответствующих решений, направленных на выявление резервов деятельности перинатальной службы ЛПО.

В случае выявления грубых дефектов решением советов предлагается руководителям ЛПО издать приказ по организации действенных мер по устранению данных недостатков.

Следующим этапом стандартизации оказываемой медицинской помощи женскому населению с целью повышения ее эффективности явилась разработка схемы проведения ежеквартального анализа деятельности АГС ЛПО, утвержденной приказом УЗО № 352 от 11.09.2003 г. «О совершенствовании анализа по оценке деятельности АГС ЛПО области».

Проводимый анализ должен содержать информацию по основным направлениям деятельности АГС ЛПО. В анализе проводится оценка достигнутых результатов в сравнении со среднеобластными показателями, а также с аналогичным предыдущим периодом. Сравнительная оценка достигнутых результатов проводится между ФАПами, СВУ, отделениями, кабинетами и другими подразделениями ЛПО, оказывающими влияние на анализируемый показатель. В анализе делается акцент на подразделениях, отрицательно влияющих на показатели, в том числе при общих благополучных итоговых данных по ЛПО. В анализе отражаются проведенные мероприятия в межотчетный период для достижения положительной динамики анализируемого показателя (рассмотрения на заседаниях РИК, на МСС, на ПАК, на ЛКС - № решения, дата, организационные приказы главного врача, заявки, докладные записки и др.). Анализ деятельности АГС в обязательном порядке утверждается руководителем ЛПО.

На основании суммирования выводов, сделанных в процессе анализа, выносится решение о возможной предотвратимости неблагоприятного исхода беременности для матери и/или плода на каждом этапе оказания медицинской помощи (рис. 6.6).

Согласно разработанной нами схеме анализу подлежат следующие элементы деятельности АГС ЛПО:

1. Рассматриваемые вопросы на заседаниях РИК, МСС (тема, суть решения, конкретные мероприятия).
2. Нерешенные вопросы по организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста во исполнение Комплексной областной программы по сохранению и укреплению РЗ женщин и детей на 2002-2005 гг. (решение областного Совета № 90 от 25.09.02 г.).
3. Демографические показатели региона.

4. Уровень МлС и ПС, в том числе реагирование администрации ЛПО на полученные рецензии сотрудников кафедр ГГМУ (п. 1.5. приложения № 1 приказа УЗО и ГГМУ №30/16 от 27.01.00 г. «О совершенствовании порядка разбора, анализа и контроля уровня ПС и МлС в ЛПО области».
5. Конкретные мероприятия по укреплению материально-технической базы родовспомогательных организаций.
6. Мероприятия по оценке и подготовке кадрового потенциала службы и реструктуризация коечного фонда.
7. Оценка деятельности амбулаторно-поликлинического этапа, в т.ч.: направление гинекологических больных в ЛПО г. Гродно - количество по нозологиям, место госпитализации, организация профилактики железодефицитных, йододефицитных состояний, витаминизация беременных – ассортиментный перечень, количество проведенных оздоровительных циклов; оценка эффективности диспансеризации беременных и гинекологических больных; консультирование в областном отделении «Брак и семья».
8. Организация профосмотров женского населения, в т.ч. оценка забора материала и эффективность цитологического метода – чем, что выявлено? – решение коллегии УЗО № 15/2 от 28.11.02 г., решение ЛКС № 2/9 от 21.06.02 г.
9. Профилактика рака органов репродуктивной системы, в т.ч. молочной железы (приказ УЗО № 89 от 16.03.98 г.). Анализ причин онкозапущенности и принятые решения по каждому случаю.
10. Выявление венерологических заболеваний
11. Диагностика и профилактика туберкулеза органов мочеполовой системы.
12. Контрацепция, в т.ч. бесплатная и гуманитарная.
13. Работа с женщинами ГРР. Оценка ЭГП в ГРР в ЖК и у родильниц (приказ УЗО № 59 от 15.02.99 г.).
14. Оказание и развитие платных услуг.
15. Оценка стационарной помощи, в т.ч. работы дневных стационаров.
16. Организация перинатальной помощи, в т.ч. госпитализация МПЦ – подлежало, госпитализированы в плановом порядке, место госпитализации. Отразить – кто из подлежащего контингента не госпитализирован и почему? (Приказ УЗО № 338 от 17.11.97 г.).
17. Мероприятия по выявлению и профилактике ВПР, в т.ч. количество, причины поздней диагностики ВПР, результаты УЗ-скрининга, консультирование в ОМГЦ (приказ УЗО № 177 от 26.05.98 г.).
18. Заболеваемость новорожденных, в т.ч. количество и анализ причин острых асфиксий новорожденных и родовых травм, принятые решения.
19. Оценка оперативной активности.
20. Количество, анализ причин преждевременных родов, дефекты в организации наблюдения.
21. Анализ экстремально возникших акушерских ситуаций, закончившихся благоприятным исходом (приказ УЗО № 89 от 11.03.02 г.), выводы.

22. Анализ заболеваемости с ВН, в т.ч. оценка амбулаторной выдачи ЛН – количество, нозологии, средняя длительность лечения (приказ УЗО № 140 от 05.04.02 г.). Анализ выдачи справок на поощрительное пособие (% отказов в поощрительном пособии и их причины).
23. Анализ госпитализации больных в областной гинекологический эндоскопический центр – количество, нозологические формы (приказ УЗО № 358 от 26.08.02 г.).
24. Анализ работы выездной ЖК.
25. Количество административных обходов, в т.ч. дата последнего посещения главным врачом родильного и гинекологического отделений. Решенные вопросы.
26. Оценка эффективности лечения (уровень качества) – организация экспертизы на всех уровнях ее проведения.
27. Готовность ЛПО к оказанию экстренной помощи (наличие алгоритмов, аптек посиндромной терапии, запас компонентов крови, организация дежурств специалистов во внерабочее время и др.).
28. Организация консилиумов, вызова специалистов областной санавиации к больным, в т.ч. новорожденным (количество вызовов дважды, количество переводов в областные ЛПО, время от вызова до приезда санавиации, количество и причины повторных консультаций). Объяснение причин нетранспортировки.
29. Внедрение современных медицинских технологий.
30. Проведенная работа по детской гинекологии.
31. Валеологическая работа (радио, телевидение, пресса и др. - количество, тематика).
32. Выводы и конкретные предложения по реализации нерешенных мероприятий и отрицательных отклонений в адрес конкретных исполнителей ЛПО.
33. Предложения в адрес главного врача ЛПО по развитию и совершенствованию службы.
34. Предложения в адрес руководства УЗО по совершенствованию службы.

Своевременно принятое руководителем управленческое решение и обеспечение контроля его исполнения позволяют определить оптимальные пути взаимодействия различных служб здравоохранения по охране здоровья матери и ребенка.

Для иллюстрации вышеизложенного приводим результаты разбора случаев МС в Гродненской области за 2002 год с использованием методических рекомендаций «Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в ЛПО республики» и участием сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ.

1. Больная В., 33 лет, погибла в Волковысском ТМО 03.04.2002 г.

Патолого-анатомический диагноз: Эмболия околоплодными водами (жировые эмболы, мелкозернистые тромбоцито-эритроцитарные и фибринные тромбы в легочных сосудах микроциркуляторного русла) в течение 2-х срочных родов живым доношенным плодом в условиях раннего излития околоплодных вод и частичной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у возрастной повторноремеменной. Состояние после операции ручного обследования полости матки

с удалением элементов плацентарной ткани в связи с дефектом плаценты и угрозы гипотонического маточного кровотечения. Острый ДВС-синдром (фаза гипокоагуляции). Острая постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Состояние после экстирпации матки с правыми придатками и левой маточной трубой, перевязки внутренних подвздошных артерий и дренирования брюшной полости. Резко выраженный генерализованный геморрагический синдром, глубокая дистрофия и микронекрозы тканей головного мозга и паренхиматозных органов. Некротический нефроз. Полиорганный интерстициальный отек.

Заключение: Непосредственной причиной смерти В. в раннем послеродовом периоде после 2-х срочных родов явилась постгеморрагическая анемия, завершившаяся необратимым геморрагическим шоком с полиорганной недостаточностью, которая развилась вследствие гипотонического и коагулопатического кровотечения преимущественно из половых путей, обусловленного эмболией околоплодными водами.

Выявлен ряд замечаний в организации наблюдения за беременной:

Не проведено адекватное обезболивание родов и ручного обследования полости матки.

Недооценен объем кровопотери в родах.

Проведенная инфузионная терапия недостаточна по объему и интенсивности.

В раннем послеродовом периоде медперсоналом не проявлена должная настороженность к родильнице.

Поздно вызван заведующий отделением и созван консилиум к тяжелой больной.

Отсутствуют данные о динамике концентрации белка перед и во время операции.

2. Больная П., 34 лет, погибла в Волковысском ТМО 11.07.2002 г.

Патологоанатомический диагноз: Аспирационный пневмонит вследствие анестезии во время процесса родов и родоразрешения. РДС взрослых: интерстициальный и внутриальвеолярный отек с десквамацией альвеолярного эпителия и формированием гиалиновых мембран. Обструктивно-деструктивный панбронхит и бронхиолит с развитием бронхиогенных микроабсцессов. Двухсторонний диффузный и очаговый пневмосклероз. ДВС-синдром: мелко и крупноочаговые геморрагии в паренхиму легких, кору надпочечников и пирамид клеток мозгового слоя почек. Некротический нефроз. Общее венозное полнокривие: Стигмы дисэмбриогенеза: микрогнатия с выдающейся верхней челюстью, короткая шея. Диффузный коллоидный зоб.

Заключение: непосредственной причиной смерти П. в позднем послеродовом периоде после 1-х срочных родов явилась прогрессирующая дыхательная недостаточность в связи с альвеолярно-капиллярным блоком, гипоксической энцефалопатией с мозговой комой, а также нарастающей сердечной и почечно-печеночной недостаточностью, пусковым моментом которого явилась аспирация желудочным содержимым с последующим развитием РДС взрослых.

Выявлен ряд недостатков в организации оказания медицинской помощи данной больной:

Отсутствовала преемственность в установлении, верификации и снятии диагнозов экстрагенитальной патологии на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Не санировались очаги хронической инфекции.

Врачом-анестезиологом не предусмотрена возможная трудная интубация в связи с врожденной аномалией лицевого черепа (микрогнатия), относительно большого языка, уменьшенного объема ротовой полости.

Не созван консилиум для решения вопроса об изменении метода анестезии.

Не целесообразен перевод больной на спонтанное дыхание при имеющихся признаках дыхательной недостаточности после аспирации желудочным содержимым, подтвержденных данными КОС.

3. Больная Я., 21 года, погибла в Волковыском 26.07.2002 г.

Патологоанатомический диагноз: Обширный ишемический инфаркт (4x1,5 см) подкорковых ядер левого полушария головного мозга, вызванный, вероятнее всего известковой эмболией внутримозговых артерий. В зоне поражения кальциноз артерий с разволокнением сосудистой стенки и выкрашиванием в просвет сосуда известковых отложений. Гестоз 2-ой половины беременности – вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии. Отек мягкой мозговой оболочки и набухание ткани головного мозга со вклиниванием стволовой части мозга в большое затылочное отверстие. Общее венозное полнокровие. Паренхиматозный дистрофеиноз миокарда, печени, почек.

Заключение: непосредственной причиной смерти Я. явился развившийся на фоне гестоза 2-й половины беременности преимущественно гипертензивного типа, развившегося в последнюю неделю перед оперативным родоразрешением путем операции кесарева сечения первой доношенной беременности, в раннем послеродовом периоде, обширный ишемический инфаркт головного мозга, а также вклинение стволовой части мозга в большое затылочное отверстие. Смерть родильницы наступила скоропостижно от мозговой комы.

Выявлен ряд недостатков в организации оказания медицинской помощи данной больной:

Женщина не наблюдалась в ГРР.

При поступлении план ведения родов составлен без учета диагноза гестоз.

Проводимая терапия не коррелировала со степенью тяжести гестоза.

Несвоевременная консультация больной терапевтом.

Несвоевременная диагностика гипоксии плода, что привело к рождению ребенка в асфиксии.

Неадекватная гипотензивная терапия в предоперационной подготовке больной.

Врач-реаниматолог не участвовал в предоперационной подготовке больной.

Состояние организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста в Волковыском районе проверено комиссией с участием сотрудников кафедр ГГМУ, по результатам чего состоялось 21.08.02 г. заседание расширенной Коллегии УЗО с участием заместителя председателя облисполкома, курирующего здравоохранение, начальника отдела материнства и детства МЗ РБ, главного акушера-гинеколога МЗ РБ, заместителя председателей гор(рай)исполкомов, курирующих здравоохранение, где дана принципиальная оценка деятельности администрации ТМО по руководству АГС и организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста района, а также рассмотрена своевременность и правильность принятия управленческих решений в ТМО.

Проведенный нами анализ позволил выявить следующие резервы в деятельности родовспомогательных ЛПО по оказанию АГП женскому населению:

Своевременный пересмотр перечня нормативных документов, регламентирующих деятельность ЛПО по организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста с обязательной разработкой и наличием в подведомственных учреждениях адаптированных документов.

Представление в УЗО оперативной информации на случаи экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций.

Вынесение на заседания районных МСС рекомендуемых УЗО вопросов с разработкой конкретных мероприятий по устранению выявленных отклонений в результатах деятельности, доведению решений до конкретных исполнителей и обеспечению контроля исполнения собственных решений.

Регулярное внесение предложений руководству гор(рай)исполкомов по организации проведения оздоровительных мероприятий женщинам репродуктивного возраста, о привлечении заинтересованных ведомств для работы с социально неблагополучными семьями.

Акцентирование внимания на эффективности функционирования разноуровневой системы оказания перинатальной помощи.

Проведение заместителями главных врачей по курации ежеквартального сравнительного анализа деятельности курируемых служб с внесением конкретных предложений в адрес главных врачей по устранению отрицательных отклонений.

Принципиальная оценка деятельности ЛКС по разбору случаев репродуктивных потерь с учетом утвержденных МЗ РБ методических рекомендаций «Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в ЛПО республики».

Строгое соблюдение порядка госпитализации больных в стационары области.

Отработка вопросов по организации и проведению консилиумов тяжелым больным.

Постоянное наличие в достаточном количестве запаса медицинских препаратов, необходимых для оказания экстренной медицинской помощи.

Постоянный контроль организации экстренной медицинской помощи, уделяя особое внимание порядку организации работы в выходные и праздничные дни, нерабочее время.

Организация на постоянной основе через средства массовой информации санитарно-просветительной работы с населением по вопросам охраны РЗ, важности динамического наблюдения и прекоцептивной подготовки женщинам из ГРР.

6.2. Анализ эффективности внедрения комплексного метода организации этапной АГП женскому населению

Нами проведен анализ результатов внедрения созданной новой системы оказания перинатальной помощи. С этой целью нами была проведена сравнительная оценка показателей АГС Гродненской области между предшествующим внедрению периодом 1993- 1997 гг. и периодом 1998-2002 гг.

Как следует из результатов исследования, в период с 1998 по 2002 гг. в Гродненской области произошло значительное улучшение большинства перинатальных показателей (таблица 6.2.).

Так, в период с 1993 г. по 1995 г. в Гродненской области динамика МлС характеризовалась увеличением показателя, который в 1995 г. составил 14,5 ‰ (рис. 6.7.). В 1996-1997 гг. показатель МлС в регионе оставался стабильно высоким и составлял в среднем 10,8 ‰ [63-66].

С 1998 по 2002 гг. в Гродненской области динамика МлС характеризовалась постепенным поступательным снижением уровня показателя. Наиболее низкий показатель МлС в Гродненской области зарегистрирован в 2002 г. - 7,2 ‰ (рис. 6.7.) [63-66].

В период 1993-1997 гг. в сравнении с периодом 1998-2002 гг. показатель МлС в Гродненской области уменьшился с $12,1 \pm 0,73\%$ до $8,6 \pm 0,60\%$ ($P < 0,05$).

В период с 1993 по 2002 гг. в Гродненской области снижение показателя МлС произошло за счет снижения смертности новорожденных от состояний, возникающих в перинатальном периоде с 4,1‰ до 2,0‰ [63-66].

С 1993 г. по 1995 г. в Гродненской области динамика смертности новорожденных от состояний, возникающих в перинатальном периоде, как и в целом МлС, характеризовалась увеличением показателя, который в 1995 г. был максимальным и составлял 4,7‰. В 1996-1997 показатель МлС в регионе также оставался стабильно высоким (рис. 6.7.) [63-66].

С 1998 по 2002 гг. в Гродненской области динамика смертности новорожденных от состояний, возникающих в перинатальном периоде, характеризовалась значительным снижением уровня показателя. Наиболее низкие значения этого показателя в Гродненской области регистрировались в 2001-2002 гг. и составляли 2,1‰ (рис. 6.7.) [63-66].

В целом, в Гродненской области в период в 1998-2002 гг. в сравнении с периодом 1993-1997 гг. показатель смертности новорожденных от состояний, возникающих в перинатальном периоде, значительно снизился с $3,6 \pm 0,29\%$ до $2,5 \pm 0,08\%$ ($P < 0,05$). Это привело к перемещению этого показателя с первого рейтингового места в 1993-1997 гг. среди причин МлС в Гродненской области на второе место в 1997-2002 гг.

В период с 1993 по 2002 гг. в Гродненской области произошло также улучшение показателя неонатальной смертности с $7,0 \pm 0,57\%$ в 1993-1997 гг. до $4,5 \pm 0,25\%$ в 1998-2002 гг. ($P < 0,05$). Причиной явилось достоверное снижение неонатальной смертности от состояний, возникающих в перинатальном периоде, с $3,6 \pm 0,30\%$ в 1993-1997 гг. до $3,5 \pm 0,30\%$ в 1998-2002 гг. ($P < 0,05$) [63-66].

Динамика показателя показателей неонатальной смертности в целом и смертности новорожденных от состояний, возникающих в перинатальном периоде, в Гродненской области за период с 1993 г. по 2002 г. представлена на рис. 6.8. [63-66].

В период с 1993 по 2002 гг. в Гродненской области произошло снижение, как показателя ПС в целом, так и его составляющих - показателей мертворождаемости и ранней неонатальной смертности [63-66].

Так, в Гродненской области в период 1998-2002 гг. в сравнении с 1993-1997 гг. наблюдалось значительное снижение, как мертворождаемости с $5,4 \pm 0,26\%$ до $3,4 \pm 0,44\%$ ($P < 0,05$), так особенно ранней неонатальной смертности с $4,8 \pm 0,23\%$ до $3,4 \pm 0,17\%$ ($P < 0,01$). В целом, в Гродненской области в период 1998-2002 гг. в сравнении с 1993-1997 гг. показатель ПС значительно уменьшился с $10,2 \pm 0,44\%$ до $6,7 \pm 0,46\%$ ($P < 0,01$).

Динамика показателей показателя ПС, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в Гродненской области за период с 1993 г. по 2002 г. представлена на рис. 6.9. [63-66].

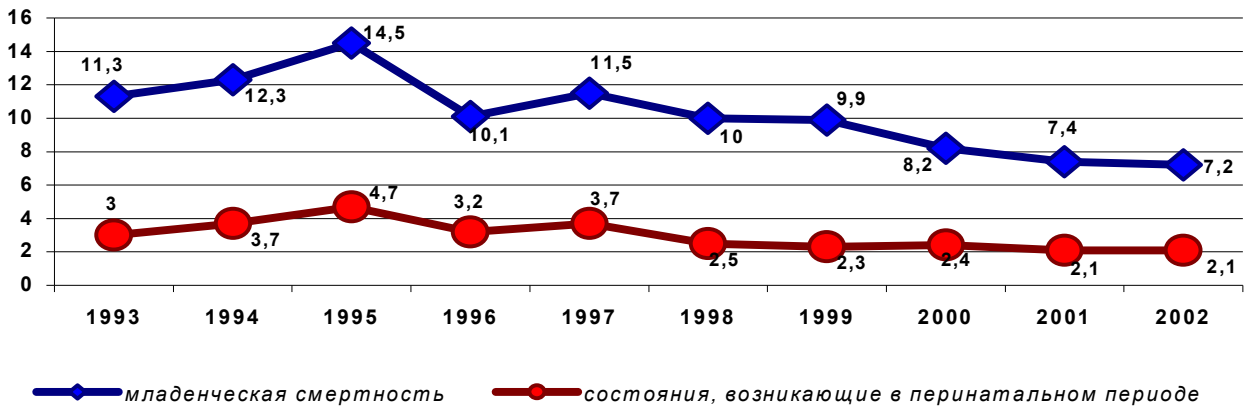


Рис. 6.7. Динамика младенческой смертности в Гродненской области за период 1993-2002 гг. (на 1000 родившихся живыми)

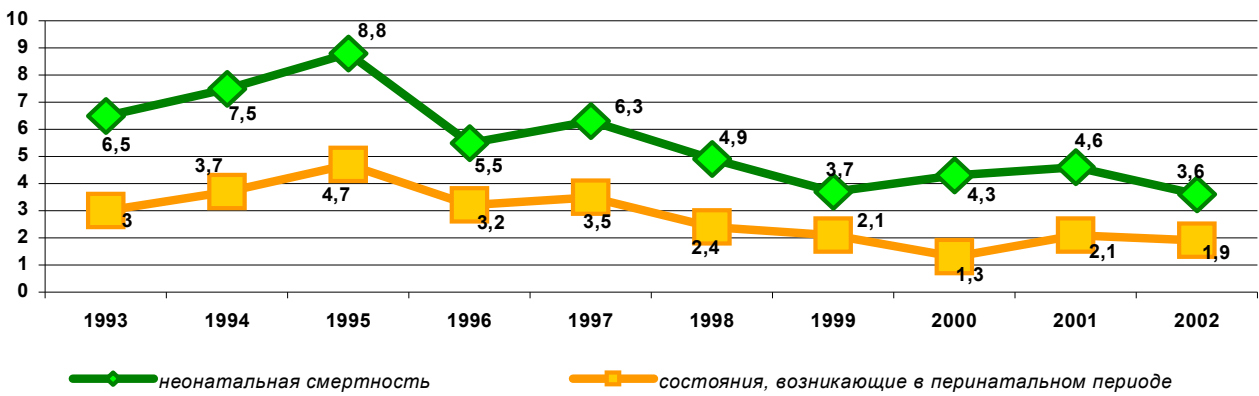


Рис. 6.8. Динамика неонатальной смертности в Гродненской области за период 1993-2002 гг. (на 1000 родившихся живыми)

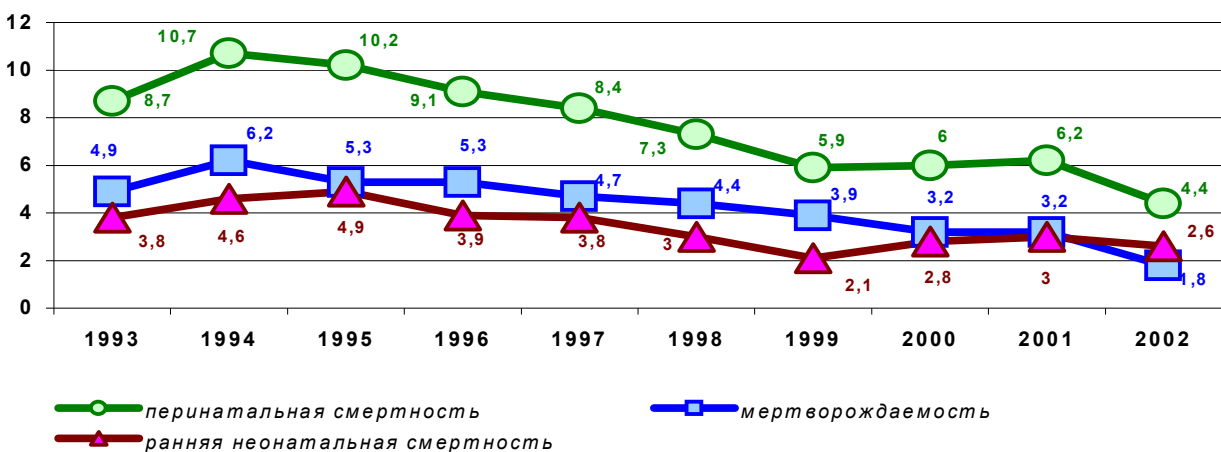


Рис. 6.9. Динамика перинатальной смертности, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в Гродненской области за период 1993-2002 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Т а б л и ц а 6 . 2

Динамика основных перинатальных показателей в родовспомогательных ЛПО Гродненской области
за период 1993-2002 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Показатель	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1993-1997			1998-2002			Достоверность между периодами
												±			±		
Младенческая смертность	11,3	12,3	14,5	10,1	11,5	10	9,9	8,2	7,4	7,2	12,1	±	0,73	8,6	±	0,60	<0,05
Врожденные аномалии развития	4,1	3,9	5,3	3,6	3,7	4,2	2,5	2,5	3,3	2	4,1	±	0,31	2,8	±	0,39	-
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3	3,7	4,7	3,2	3,7	2,5	2,3	2,4	2,1	2,1	3,6	±	0,29	2,5	±	0,08	<0,05
Неонатальная смертность	6,5	7,5	8,8	5,5	6,3	4,9	3,7	4,3	4,6	3,6	7,0	±	0,57	4,5	±	0,25	<0,05
Врожденные аномалии развития	2,6	2,5	3,1	1,7	2,1	2,1	1,3	1,4	1,9	1,2	2,4	±	0,24	1,7	±	0,18	-
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3	3,7	4,7	3,2	3,5	2,4	2,1	1,3	2,1	1,9	3,6	±	0,30	2,4	±	0,18	<0,05
Материнская смертность	13,8	14,7	8,0	8,5	27,6	27,0	0,0	18,2	0,0	28,9	14,2	±	3,53	14,7	±	5,90	-
Мертворождаемость	4,9	6,2	5,3	5,3	4,7	4,4	3,9	3,2	3,2	1,8	5,4	±	0,26	3,4	±	0,44	<0,05
Ранняя неонатальная смертность	3,8	4,6	4,9	3,9	3,8	3	2,1	2,8	3	2,6	4,8	±	0,23	3,4	±	0,17	<0,01
Перинатальная смертность	8,7	10,7	10,2	9,1	8,4	7,3	5,9	6	6,2	4,4	10,2	±	0,44	6,7	±	0,46	<0,01

Средний показатель МС в Гродненской области в период 1993-1997 гг. составил $14,2 \pm 3,53$ на 100 тыс. живорожденных, в период 1998-2002 гг. показатель МС в регионе достоверно не изменился и составил $14,7 \pm 5,90$ на 100 тыс. живорожденных (таблица 6.2) [63-66].

За период 1998-2002 гг. в Гродненской области во время беременности и родов умерло 8 женщин [63-66]. Поэтому, в связи с невозможностью проведения статистического анализа, нами была проведена оценка каждого случая МС с установлением конкретных ее причин.

Как установлено в процессе исследования, наиболее частой причиной МС в период 1998-2002 гг. в Гродненской области явилась эмболия околоплодными водами – 4 случая, в единичных случаях МС наступила от следующих причин: внематочная беременность, геморрагический шок, аспирационная пневмония с развитием РДС, синдрома, ишемический инфаркт подкорковых ядер левого полушария головного мозга.

Таким образом, на основании изложенных в главе данных можно сформулировать следующие выводы.

Анализ репродуктивных потерь, систематизация их компонентов, изучение взаимосвязей заболеваемости беременных и новорожденных позволили разрабатывать мероприятия по совершенствованию оказания перинатальной помощи.

Основными направлениями улучшения КМП женскому населению являются разработка и совершенствование протоколов обследования и лечения распространенных акушерско-гинекологических заболеваний, создание оптимальных алгоритмов по оказанию перинатальной помощи, содержащих технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины, детализация технологических схем обследования.

Стандартизация медицинской помощи на основе разработанных алгоритмов является основным звеном в предложенном комплексном методе организации оказания этапной АГП женскому населению.

Практическое внедрение научно-обоснованного комплексного метода организации этапной АГП женскому населению в Гродненской области способствовало достоверному снижению общего показателя МлС на 3,5 ‰ (28,9 %) за счет его снижения от состояний, возникающих в перинатальном периоде, на 1,1 ‰ (30,6%); достоверному снижению неонатальной смертности на 2,5 ‰ (35,7%) за счет состояний, возникающих в перинатальном периоде, на 1,2 ‰ (33,3%), а также статистически значимому уменьшению мертворождаемость на 2 ‰ (37%), ранней неонатальной на 1,4 ‰ (29,2%) и ПС на 3,5 ‰ (34,3 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повышение эффективности оказания АГП, укрепление ЖРЗ, профилактика и снижение МС, МлС и ПС являются приоритетными задачами здравоохранения Гродненской области. При этом по объему затрат родовспоможение удерживает ведущее место в составе бюджетов здравоохранения области всех уровней (23,7% - 2003 г.). Это определяется, как стремительным развитием современных акушерских технологий, так и их удорожанием.

Оценка эффективности оказываемой АГП требует дополнительного сравнительного изучения имеющихся ресурсов, технологий и результатов (триада Донабедиана). Именно анализ экономической эффективности позволяет определить степень приоритетности государственных инвестиций в ту или иную медицинскую технологию.

В то же время при определении мероприятий укреплению ЖРЗ, по профилактике и снижению МС, МлС и ПС недопустимо пользоваться только экономическими критериями и необходимо ориентироваться на показатели их социальной значимости. Поэтому финансовые вложения в сферу деятельности ЛПО родовспоможения с целью повышения их эффективности должны осуществляться на основе комплексного социально-экономического анализа.

На протяжении ряда лет Гродненская область является лидером в здравоохранении страны в области охраны ЖРЗ. Признанием накопленного опыта и заслуг здравоохранения региона в этом важнейшем разделе деятельности явилась высокая честь по проведению важнейшего форума – 7 съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь, выпавшая организаторам здравоохранения и медицинским работникам Гродненской области.

В материалах съезда министром здравоохранения Республики Беларусь Л.А. Постоляко (2002) отмечалось, что «в сложившихся демографических условиях проблемы сохранения РЗ и обеспечения должных условий для оптимальной реализации репродуктивной функции становятся важнейшими государственными задачами и требуют участия в их решении всех заинтересованных министерств и ведомств, всех категорий граждан и различных общественных структур» [192].

Эксперты ВОЗ определяют РЗ как состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов [26].

РЗ означает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь, и они имеют возможности для воспроизводства и свободу принятия решения в отношении его целесообразности времени и частоты.

Последнее условие подразумевает право мужчин и женщин быть информированными и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам регулирования деторождения по их выбору. Этот выбор не должен противоречить закону. В то же время он должен обеспечивать доступ к соответствующим услугам в области охраны здоровья, которые бы позволили

женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и предоставили бы супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца.

Таким образом, РЗ включает в себя следующие элементы:

- содействие безопасному и ответственному поведению, особенно в период подросткового возраста;
- охрану прегравидарного здоровья и ПлС;
- лечение бесплодие;
- антенатальную охрану плода;
- обеспечение безопасных родов;
- обеспечение оптимального акушерского и перинатального ухода;
- обеспечение высококачественной специализированной помощью нуждающихся беременных, рожениц, родильниц, новорожденных и детей раннего возраста;
- предупреждение МС, МлС и ПС и инвалидности;
- профилактику незапланированных беременностей, снижение числа аборт, обеспечение условий для безопасного проведения аборт;
- профилактику и лечение ИППП;
- раннее выявление и лечение онкологических заболеваний репродуктивных органов женщин;
- профилактику патологии климактерического периода и остеопороза.

Именно, исходя из возможностей реализации этих условий для обслуживаемого населения, при полном понимании существующих на региональном уровне проблем со стороны вышестоящих органов здравоохранения и органов исполнительной власти организована деятельность УЗО Гродненского облисполкома.

Начиная с 1996 года, вопросы сохранения и укрепления ЖРЗ неоднократно рассматривались на заседаниях Коллегии и ЛКС УЗО Гродненского облисполкома. Этапным явилось заседание расширенной Коллегии УЗО с участием заместителя председателя Гродненского облисполкома М.М.Бирюковой, начальника отдела материнства и детства МЗ РБ Л.И. Матуш, главного акушера- гинеколога МЗ РБ В.Л. Силявы, заместителей председателей гор(рай) исполкомов, курирующих здравоохранение с принятием решения № 11 от 21 августа 2002 года «О состоянии организации медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста в Волковысском ТМО». Перспективу своего дальнейшего развития вопросы сохранения и укрепления ЖРЗ нашли в принятых и утвержденных 20 сентября 2002 года Гродненским областным Советом депутатов Концепции развития здравоохранения Гродненской области на 2002-2005 годы, областной программе «Здоровье народа» на 2002-2005 годы и соответствующем приказе УЗО № 505 от 05.12.2002 года «О реализации областной программы «Здоровье народа» на 2002-2005 годы».

Состояние репродуктивной функции женщины во многом определяется ее здоровьем в детстве и пубертатном периоде. Нарушения специфических функций организма взрослой женщины, особенно менструальной и генеративной, часто формируются в юношеском возрасте и способствуют возникновению ряда гинекологических заболеваний в репродуктивном возрасте. Начиная с 1996 года, в Гродненской области в этой работе наметились отчетливые положительные сдвиги. Так, с открытием в ТМО г. Гродно подростковых гинекологических кабинетов

контроль состояния РЗ девочек-подростков начал осуществляться в полном объеме только на уровне специализированной АГП. Это дало возможность охватить профилактическими осмотрами 99% девочек-подростков, проживающих в г. Гродно, значительно улучшилось качество проведения профилактических осмотров, выросла эффективность диспансеризации выявленной патологии, активизировалась работа по формированию оптимального полового поведения и, в целом, ЗОЖ. В настоящее время подростковые кабинеты в областном центре оснащены кольпоскопами и криодеструкторами. Работа их медицинского персонала строится в тесном взаимодействии с подростковой службой территориальных поликлиник. Все это позволяет заключить о правильности выбранного подхода по формированию репродуктивной функции женского организма уже в юношеском возрасте и передачу в ГРР уже оздоровленных контингентов. По примеру городских ТМО начата организация работы подростковых врачей акушеров-гинекологов и в других районах области.

Повышение качества АГП является одним из основных направлений в деятельности здравоохранения в Гродненской области. При этом акцент в оказании такой помощи делается на уровень первичного медико-санитарного звена, то есть в существующих условиях - на уровень территориальных поликлиник и ЖК как учреждений наиболее приближенных к обслуживаемому населению. В связи с этим, на медицинский персонал ЖК ложится особая ответственность в удовлетворении насущных медицинских потребностей женского населения, в ПЛС, в сохранении здоровья матери и ребенка и, в конечном итоге, к полноценной охране РЗ.

Об эффективности деятельности медицинского персонала ЖК можно судить по уровню перинатальных потерь. В то же время течение беременности и родов в значительной степени определяется состоянием здоровья женщины, на фоне которого наступает и протекает беременность. В нарушении этого процесса до наступления беременности существенное место занимают гинекологические заболевания, меняющие непосредственно условия для развития плодного яйца (плаценты и плода), и ЭГП (в стадии ремиссии или активного процесса). Поэтому одним из важнейших направлений в деятельности акушеров-гинекологов является своевременное выявление любого вида АГП, ее профилактика, санация и реабилитация. В этой работе медицинский персонал ЛПУ области опирается на разработанные УЗО Гродненского облисполкома и НИИ ОМД и утвержденные МЗ РБ «Алгоритмы анализа эффективности акушерско-гинекологической и перинатальной служб» [13].

Для физиологичности протекания беременности также имеют значение и общее состояние женщины, ее психологический настрой, «желанность» данной беременности. Важным фактором является состояние окружающей среды – наличие или отсутствие вредных для здоровья факторов. В этой связи приоритетное значение приобретает вопрос ПЛС и прегравидарной подготовки.

Адекватная диспансеризация ГРР особенно важна потому, что на каждом этапе жизни женщина по-разному оценивает важность сексуальных отношений, различны также методы предохранения от нежеланной беременности в зависимости от состояния здоровья и социального благополучия семьи. Таким образом, ПЛС и диспансеризация ГРР направлено на решение двух основных задач: избежать нежеланной беременности и иметь только желанных и здоровых детей.

Первая задача решается в Гродненской области следующим образом.

Во-первых, путем сексуального воспитания и просвещения: в ряде ЖК области (ТМО г. Гродно, Лида, Мосты и другие) на постоянной основе функционирует видеолектории для подростков и беременных.

Во-вторых, внедрением современных форм и методов контрацепции. В настоящее время в ЖК области в достаточном количестве имеются и активно распространяются среди подростков и женщин фертильного возраста 6 наименований современных оральных гормональных контрацептивов, полученных по линии ВОЗ. Поэтому и не удивительно, что в 2003 году уровень охвата гормональной контрацепцией в области достиг 362,2 на 1000 женщин фертильного возраста, а уровень охвата всеми видами контрацепции женщин ГРР составляет 80%. В целом активная работа акушеров-гинекологов области по контрацепции позволила добиться поступательного снижения количества аборт, в том числе и у первобеременных, уровень распространенности которых на 100 родов в 2003 году составил 63,6.

Следует отметить и факт поступательного снижения в Гродненской области случаев прерываний беременности в сроки 13-22 недель. Таких беременностей в 2003 году было прервано 159 (1996 год – 325), причем улучшился этот показатель в абсолютном большинстве районов региона. Как свидетельство безусловной эффективности проводимой работы с женщинами ГРР можно рассматривать зарегистрированное в Гродненской области снижение более чем на 50% количества прерываний беременности по медицинским показаниям в период с 1996 по 2003 гг. Кроме того, не первый год дает отдачу и работа с социально-неблагополучными семьями, в том числе и по бесплатной контрацепции среди них. Объективным показателем этой работы амбулаторно-поликлинического звена АГС явилось снижение уровня прерываний беременности и по немедицинским показаниям, составившее в период с 1996 по 2003 году 30%.

Вторая вышеуказанная задача в Гродненской области решается на уровне тесного взаимодействия АГС и терапевтической служб с обязательным прегравидарным оздоровлением женщин.

Так, в 2003 году в Гродненской области гинекологическими профосмотрами были охвачены 94,8% женщин, в том числе 80,4% женщин ГРР. Преконцептивную подготовку в области в 2003 году прошли 86% женщин, вставших на учет по беременности в ЖК (1999 г. – 72%). В то же время качество преконцептивной подготовки нас все еще не может удовлетворять в полном объеме.

Как отмечалось в материалах 7 съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь министром здравоохранения Л.А. Постоляко (2002), «наиболее приоритетной задачей АГС в настоящее время является обеспечение возможности для «здорового старта» в жизни ребенка. Для обеспечения этой возможности в нашей республике, где коэффициент МлС в последние три года стабильно составляет менее 10 на 1000 живорожденных, на первый план выходит решение проблемы преждевременных родов, а также снижение доли новорожденных с врожденной патологией, так как это основные причины не только МлС, но и инвалидности» [192].

Проведенный УЗО углубленный 10-летний анализ МС, МлС и ПС в регионе позволил выявить ряд основных их причин, разработать и внедрить в последние годы мероприятия по их успешному преодолению на прегравидарном этапе [209]. Это

касается, в первую очередь, как фолиевой профилактики, так и витаминотерапии, замещения дефицита йода и железа в женском организме – важнейших причин, ведущих к снижению общей неспецифической и иммунной реактивности организма и, как следствие, к развитию интраамниальной инфекции. В настоящее время во исполнение положений Областной комплексной программы по сохранению репродуктивного здоровья женщин и детей на 2002-2005 гг. во всех районах области, как на прегравидарном этапе, так и во время беременности налажена бесплатная профилактика и лечение этих состояний. Представляется, что именно решение этих задач, то есть своевременная диагностика, профилактика и лечение витамино-, йодо- и железodefицитных состояний позволят достичь не только дальнейшего снижения уровня перинатальных потерь, но и улучшить качество здоровья новорожденных.

Качество прегравидарной подготовки, несомненно, определяется и уровнем выявленной гинекологической патологии, а также ее своевременной санацией.

В 2003 году выявляемость гинекологической патологии врачами ЖК Гродненской области составила 8%. В же женщин ГРР выявляемость гинекологической патологии достигла 14,5 %. Наибольшая выявляемость гинекологических заболеваний в настоящее время регистрируется в областном центре – 14%.

В структуре выявленных заболеваний в последние годы устойчиво преобладают воспалительные, число которых в 2003 году в Гродненской области составило 7274, причем все больший удельный вес среди этих заболеваний приобретают так называемые ИППП.

Вторую большую группу в выявленной гинекологической патологии в области составляют дисгормональные заболевания ЖРС. По нашему мнению, важнейшим направлением сохранения РЗ, профилактики и лечения наиболее распространенных дисгормональных заболеваний опять-таки является обеспечение доступа населения к современным средствам гормональной контрацепции. Кроме уменьшения распространенности дисгормональной патологии, это в то же время позволяет многим женщинам отказаться от неоптимальной внутриматочной контрацепции и повысить фертильность.

Как отмечалось в материалах 7 съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь министром здравоохранения Л.А. Поставко (2002), «на качество жизни женского населения чрезвычайно большое влияние оказывает заболеваемость злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы, поражение которой составляет 31-32% от всей структуры онкологической заболеваемости у женщин» [192].

УЗО Гродненского облисполкома уделяет значительное внимание данной проблеме. Так, 21 июня 2002 года ЛКС УЗО было принято решение №2/9 «О работе ЖК и смотровых кабинетов г. Гродно», а по итогам Коллегии УЗО от 28 ноября 2002 года было принято решение №15/2 «О ходе выполнения приказа УЗО №233 от 06.07.2001 г. «О совершенствовании профилактических и параллельных осмотров и улучшении диагностики предопухолевых заболеваний в Гродненской области».

В 2003 году в Гродненской области продолжился рост первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тысяч населения, уровень которой достиг 329,2. Кроме того, в регионе регистрируется значительный

рост удельного веса больных злокачественными новообразованиями, выявленных при профилактических осмотрах. В этой работе по профилактике и раннему выявлению онкозаболеваний значительная роль принадлежит активному внедрению в практику АГС одноразовых пакетов с наличием в них специальной цитощетки для качественного цитологического обследования женщин.

Рост выявляемости гинекологической патологии, качество ее санации в значительной мере определяется, как квалификацией кадров службы, так и их технической оснащенностью.

В 2003 году в службе родовспоможения успешно трудились 269 врачей акушеров-гинекологов, в том числе 9 из них в ГГМУ и Гродненском медицинском колледже. В отчетном году в БелМАПО повысили квалификацию 47 врачей акушеров-гинекологов. Еще 8 специалистов службы повысили свой квалификационный уровень на базе МПЦ 2 и 3 уровней. 41 врач акушер-гинеколог Гродненской области имеет высшую квалификационную категорию, 98 - первую и 74 - вторую квалификационные категории. Уровень категорированности врачей АГС в 2003 году составил 79,2% и является наивысшим среди медицинских работников области.

Как свидетельствует проведенный нами многолетний анализ, основная часть беременных и гинекологических больных желает лечиться и лечится в амбулаторных условиях. В развитие этого тезиса в отчетном году МЗ РБ были разработаны нормативные документы по дальнейшему развитию амбулаторно-поликлинической помощи. В исполнение этих документов УЗО Гродненского облисполкома были разработаны мероприятия по дальнейшему совершенствованию оказания именно амбулаторной АГП. Так, решением ЛКС УЗО № 4/5 от 27 марта 2002 года «О работе гинекологических стационаров г. Гродно» врачам ЖК области для подлежащих контингентом было предоставлено право выписки листков ВН, а главным врачам ТМО разрешалось создание дневных стационаров в ЖК.

Наиболее активно и положительно отреагировала на эти меры администрация ТМО г. Гродно. Создание дневных стационаров в ЖК привело к очевидному росту экономической эффективности оказываемой АГП. Так, например уровень заболеваемости с ВН в дневных стационарах ЖК значительно меньше, чем в среднем по области:

- лейомиома матки: область – 25 дней, дневной стационар – 18 дней;
- кистомы: область – 12,8 дней, дневной стационар – 10,1 дня;
- воспалительные болезни яичников: область – 12,1 дня, дневной стационар – 8,8 дня;
- выпадение половых органов: область -24,6 дня, дневной стационар – 17,3 дня;
- внематочная беременность: область – 13 дней, дневной стационар – 6,8 дня.

Представляется, что дальнейшее развитие сети дневных стационаров в крупных районах области, являющихся МПЦ 2 уровня, позволит осуществить адекватное оздоровление беременных с малыми сроками в связи с сокращением соответствующих коек в родильных стационарах. Кроме того, как свидетельствует опыт областного центра, на базе дневных стационаров возможно наладить выполнение ряда малых акушерских операций, таких, например, как выскабливание полости матки и полипэктомия. Это создает дополнительный экономический эффект на отсутствии круглосуточного наблюдения

Внедрение новых стационарозамещающих технологий позволило безболезненно и без ухудшения КМП сократить в Гродненской области в 2002 году 51 гинекологическую койку круглосуточного пребывания, в первую очередь, в областном центре. В то же время гинекологическое стационарное звено службы не было обделено в отчетном году вниманием УЗО Гродненского облисполкома как важный элемент прегравидарной подготовки, то есть своевременной диагностики и лечения гинекологической патологии. Выполняя поручение Президента Республики Беларусь А.Г.Лукашенко № 09/129-18 от 05.07.2001 года и решение Гродненского областного исполнительного комитета №559 от 22.10.2001 года, приказом УЗО Гродненского облисполкома №358 от 26.08.2002 года на базе гинекологического отделения МСЧ «Азот» был создан областной гинекологический эндоскопический центр на 65 коек. Центр оснащен современным эндоскопическим оборудованием. Это позволило сконцентрировать в центре лечение практически всех контингентов гинекологических больных, нуждающихся в современном лапароскопическом оперативном лечении. Врачами центра освоены и внедрены в практическую деятельность такие ранее не применявшиеся в области операции как лапароскопические экстирпации и надвлагалищные ампутации матки. По показателям оперативной активности, среднего пребывания на койке, длительности случая ВН эндоскопический центр стал несомненным лидером среди гинекологических стационаров области. Причем в 2003 году в сравнении с предыдущим годом врачам центра удалось сократить среднюю длительность госпитализации после проведения лапароскопических вмешательств практически по всем основным нозологиям. В сравнении же с лапаротомными операциями средняя длительность госпитализации после лапароскопических вмешательств меньше почти на 20%.

В целом по области количество выполненных гинекологических операций имеет тенденцию к росту. Так, если в 1999 году врачами акушерами-гинекологами было выполнено 1985 операции, то в 2003 году - 2270 операции, из которых лапароскопические составили 675. В 2003 году значительно активизировал свою деятельность и областной урогинекологический центр, функционирующий на базе гинекологического отделения БСМП областного центра. Врачи центра активно используют нетрадиционные и ранее не использовавшиеся в гинекологической практике области симультантные операции, активно выполняют по показаниям чрезвлагалищные экстирпации матки. Именно за счет роста этих вмешательств и достигнут основной прирост гинекологических операций в области. Отрядным явлением в 2003 году стало и снижение выполненных в области гнойных операций на придатках со 153 в 1999 году до 109 - в 2003 году. Это, безусловно, свидетельствует о значительном повышении качества АГП, как на уровне первичной профилактики, так и на уровне ее своевременного оказания.

Все вышеперечисленные меры по укреплению РЗ своей конечной целью имеют улучшение перинатальных показателей, то есть рождение здоровыми женщинами здоровых детей. Именно на это были направлены усилия медицинского персонала ЖК Гродненской области.

Целенаправленная работа с женщинами ГРР позволила добиться в последние годы значительного увеличения количества женщин, вставших на учет до 12 недель беременности (2003 г. – 96,1%) и, значит, своевременно прошедших весь комплекс

клинико-лабораторного обследования. В то же время в современных условиях, особенно при продолжающемся росте, как ЭГП, так и акушерско-гинекологической патологии, этот показатель уже не может нас удовлетворять в полном объеме.

В этом плане требует кардинальной смены приоритетов деятельность службы ПлС. Представляется, что в акцент в ее деятельности должен быть перенесен не только на охрану РЗ, но и, главным образом, на создание оптимальных условий для реализации репродуктивной функции и формирование активного фертильного поведения с целью повышения рождаемости. Кроме того, не может быть обойдена все более обостряющаяся проблема профилактики, своевременной диагностики и лечения бесплодия, причем, как женского, так и мужского. В целом процесс вовлечения мужского населения в процессы ПлС является назревшей и важнейшей задачей здравоохранения. По нашему мнению, только при реализации всех вышеперечисленных условий можно рассчитывать на серьезный эффект мероприятий по укреплению РЗ в долгосрочной перспективе. В реализацию этой концепции в 2003 году в большинстве районов области были развернуты специализированные приемы по ПлС, а деятельность врачей этих кабинетов была ориентирована на решение поставленных задач.

Безусловно, неуклонному снижению уровня перинатальных потерь в Гродненской области в последние годы способствует активная работа кабинетов по профилактике невынашивания беременности, функционирующих в наиболее крупных районах региона. Квалифицированное формирование групп «риска» по развитию возможных осложнений беременности и родов с учетом имеющейся ЭГП и акушерско-гинекологической патологии и своевременная санация этих пациенток привела к значительному уменьшению перинатальных потерь. Так, среди закончивших беременность в 2003 году количество самопроизвольных выкидышей сократилось до 3,9%.

В последние годы по независимым от УЗО Гродненского облисполкома причинам в области были практически свернуты программы по пренатальному биохимическому скринингу ВПР. Поэтому особая роль в профилактике ВПР в области на современном этапе отводится включению в программу преконцептивной подготовки микронутриентов и витаминов, особенно фолиевой кислоты, а в скрининге ВПР - своевременным УЗ – исследованиям. Эти вопросы находятся под пристальным контролем УЗО. Так, 20 ноября 2002 года вопрос «О своевременном выявлении ВПР как резерве в снижении МлС и перинатальных потерь в Лидском и Слонимском ТМО» с принятием соответствующего решения был заслушан на заседании ЛКС УЗО Гродненского облисполкома.

В 2001 году на базе ОМГК ГОКБ был начат УЗ-скрининг беременных областного центра в сроках 11-12 недель. Это дало возможность своевременно прервать 12 беременностей с плодами с синдромом Дауна и две – с синдромом Эдвардса. Немаловажная роль в этой работе принадлежит и функционирующему базе ЖК № 2 ТМО № 2 г. Гродно городскому УЗ - центру в акушерстве и гинекологии. В 2003 году сотрудниками центра было выполнено 7921 УЗИ. Кроме своевременной диагностики ВПР у плодов в центре осуществлялось выявление патологии органов малого таза, брюшной полости, молочной и щитовидной желез.

В настоящее время в Гродненской области отработана четкая взаимосвязь между ЖК, родильными стационарами и детскими поликлиниками по вопросам медико-генетического консультирования подлежащих контингентов. В ЛПО области ведутся регистры семей с ВПР и подлежащих консультированию в ОМГЦ. Практически все беременные своевременно направляются на консультацию в ОМГЦ: уровень консультирования в 2003 году составил 56,5% (1999 год – 22,8%).

Основой качественного оказания медицинской помощи роженицам и родильницам является в области функционирующая в течение уже ряда лет система разноуровневых перинатальных центров. Именно в МПЦ 2 и 3 уровней в регионе ежегодно рождает основная масса беременных. Поэтому вопросы повышения качества АГП в МПЦ постоянно находятся под контролем УЗО Гродненского облисполкома.

Так, в 2002 году был издан приказ УЗО № 89 от 11.03.2002 года «О дальнейшем совершенствовании организации оказания перинатальной помощи в области во исполнение приказа МЗ РБ № 81-А от 18.02.2002 г. «О случаях МС в 4 квартале 2001 г. и мерах по улучшению работы АГС республики», в котором главным врачам ТМО было указано на необходимость неуклонного исполнения ранее принятых документов по профилактике МС в области, а также была разработана новая форма Перечня экстремальных акушерско-гинекологических ситуаций, требующих заполнения оперативного донесения в УЗО. Дальнейшее развитие система МПЦ нашла свое отражение в приказе УЗО Гродненского облисполкома № 211 от 09.04.2004 года «О совершенствовании деятельности перинатальных центров в Гродненской области».

В целом, касаясь работы МПЦ Гродненской области, следует отметить, что наиболее активно функционирует в качестве МПЦ ГОКРД: в 2003 году в нем было принято 2347 родов. Признанием со стороны МЗ РБ значительных заслуг всей Гродненской области в деле сохранения и ЖРЗ женщин стало присуждение ГОКРД первого места среди МПЦ 3 уровня Республики Беларусь на 7 съезде акушеров-гинекологов и неонатологов.

2002 год ознаменовался открытием нового в Гродненской области МПЦ 2 уровня на базе БСМП областного центра. Это позволило значительно улучшить, как комфортность пребывания пациенток в родильных стационарах, так и качество оказываемой перинатальной помощи беременным и родильницам г. Гродно.

УЗО Гродненского облисполкома постоянно прилагаются значительные усилия по оснащению, как перинатального центра 3 уровня – ГОКРД, так и вновь созданного МПЦ 2 уровня. Так, в настоящее время ведется капитальный ремонт 4-х этажного корпуса ГОКРД, на базе ГОКРД поддерживается областной резерв простагландинов и тиенама, крупные перинатальные центры постоянно оснащаются современной медицинской техникой и оборудованием, во все МПЦ регулярно закупаются одноразовые пакеты для приема родов и проведения операций «кесарева сечения».

Освещая работу МПЦ Гродненской области, невозможно не остановиться еще на одном назревшем вопросе. Как отмечалось в материалах 7 съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь министром здравоохранения Л.А. Постоялко (2002), «концентрация оказания акушерской помощи в сочетании со снижением рождаемости остро ставит вопрос о закрытии «карликовых» - 10-20 коек родильных отделений в ряде ТМО районного уровня, тем более, что в Республике

число акушерских коек (6,3 на 10000 населения) существенно выше нормативного (5,9) и оптимального для нашей демографической ситуации (5,6) уровней» [192]. В сложившейся ситуации УЗО Гродненского облисполкома было вынуждено пойти на некоторое сокращение числа акушерских коек, в первую очередь, по патологии беременности в ранние ее сроки. Кроме того, в 2002 году было принято решение о закрытии родильного отделения в Зельвенском ТМО, что, в конечном итоге, привело только к улучшению КМП АГП жительницам района и дало ощутимый экономический эффект.

В целом, касаясь вопроса качества работы МПЦ Гродненской области, следует отметить, что в регионе на протяжении ряда лет наблюдается значительная положительная динамика перинатальных показателей. Ведущей причиной этого, по нашему мнению, является внедрение научно-обоснованной стандартизированной этапной системы оказания перинатальной помощи.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

1. Стандартизация оказания амбулаторно-поликлинической АГП в Гродненской области позволяет осуществлять своевременный и полноценный контроль состояния здоровья женщин на различных возрастных этапах функционирования репродуктивной системы.

2. Разработанный и внедренный стандартизированный технологический процесс по профилактике, диагностике и лечению заболеваний ЖРС инфекционно-воспалительной этиологии является основой снижения перинатальных потерь.

3. Разработка и внедрения стандартов оказания АГП на различных этапах ее оказания ведет к улучшению основных показателей деятельности АГС.

4. Комплексный социально-экономический анализ и стандартизированная система мер контроля качества являются основой для принятия управленческих решений по дальнейшему совершенствованию оказания АГП в Гродненской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдурахманов Ф.М. Циркуляторная адаптация системы гемостаза к гестационному процессу // Акуш. и гин. – 1989. - № 11. - С. 6 – 10 .
2. Авксентьева М.В. Принятие управленческих решений в здравоохранении на основе клинико-экономического анализа // Проблемы управл. здравоохран. – 2003. - №2. – 44-47.
3. Адамян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акуш. и гин. – 1995. - № 4. – С. 10-15.
4. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. – М., 1999. – 414 с.
5. Айламазян Э.К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды // Журн. акуш. и жен. б-ней. – 1997. – Вып. 1. – С. 6-11.
6. Акопян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г. Состояние здоровья детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России. – М., 1999. – 162 с.
7. Акулова И.К. Урогенитальные инфекции и бесплодие. Обзор литературы // Пробл. репр. - 1997. - № 2. - С. 68-74.
8. Акушерство: Пер. с англ. / Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. – М.: Практика, 1999. - 401 с.
9. Актуальные вопросы клинической педиатрии нового тысячелетия: Матер. науч.-практ. конф., посв. 40-летию Гродн. обл. дет. клин. б-цы. / Под общ. ред. К.У. Вильчука. – Гродно, 2002. - 205 с.
10. Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин: Матер. Респ. науч.-практ. конф. акуш.-гин. и неонат. / Под ред. И.В. Дуды, В.Л. Силявы. – Мн., 2001. – 21 с.
11. Актуальные проблемы реаниматологии и инфекционной патологии в акушерстве, гинекологии и педиатрии: Сб. трудов, посв. 70-летию науч.-иссл. ин. охр. матер. и детства / Под общ. ред. Г.А. Шишко. – Мн., 2001. – 244 с.
12. Акушерско-гинекологическая помощь / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: Медпресс, 2000. – 512 с.
13. Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в лечебно-профилактических учреждениях республики: Метод. рекомендации / Харкевич О.Н., Лискович В.А., Шишко Г.А. и др.; МЗ РБ, НИИ ОМД. – Мн., 2000. – 22 с.
14. Альбом А., Норелл С. Введение в современную эпидемиологию: Пер. с англ. / Под ред. Мати Раху. – Таллин: АО RHE, 1996. – 122 с.
15. Аляутдина О.С., Смирнова Л.М., Брагинская С.Г. Значение исследование системы гемостаза при неосложнённом течении беременности и прогнозировании тромбгеморагических осложнений // Акуш. и гин. – 1999. - № 2. - С .18–23 .

16. Анкирская А.С. Микроэкология влагалища и профилактика акушерской патологии // Гинек. – 1999. – Т.1, №3. – С.28-30.
17. А.с. № 1659847. Способ подготовки пробы лейкоцитов для цитологических исследований / Островский А.А., Наумов И.А., Новицкий Г.К. (СССР). – Заявитель Ин-т биохимии АН БССР; Заявка № 4482952; Приоритет 15.09.88; Опубл. 01.03.91., Бюл. № 24 // Изобретения. – 1991. - № 24. – С.156.
18. Багненко С.Ф., Архипов В.В., Перегудов С.И., Рухляда Н.О. Анализ медико-экономической эффективности в оценке новых медицинских технологий. – Экономика здравоохран. – 2002. - №4. – С. 12-14.
19. Баклаенко Н.Г., Стуколова Т.И., Зелинская Д.И., Гаврилова Л.В. Охрана здоровья женщин: современные проблемы // Здравоохран. - 1999. - № 5. - С. 25-35.
20. Бакрадзе М.Д., Ефимова А.А., Таточенко В.К. Хронические неинфекционные заболевания у детей и факторы, определяющие их развитие // Рос. педиатр. журн. – 1998. - № 2. – С. 46-49.
21. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Рос. педиатр. журн. – 1998. - № 1. – С. 5-8.
22. Биркос А.А., Алехнович М.В., Барханова И.Г. Временная нетрудоспособность при заболеваниях мочеполовых органов // Здравоохранение Беларуси – 1992. - № 4 - С. 38-41.
23. Блументаль П.Д., Макинтош Н. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции: Пер. с английского – М.: Медицина, 1995. – 322 с.
24. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Мед. инф. агентство, 2000 – 332 с.
25. Богдасаров А.Ю., Родкина Р.А. Воспалительные заболевания матки и придатков в экологически неблагоприятных регионах. - Ульяновск, 1999. - 129 С.
26. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М.: Триада-Х, 1997. – 188 с.
27. Бурумкулова Ф.Ф., Герасимов Г.А. Заболевания щитовидной железы и беременность // Проблемы эндокринологии. – 1998. – Т. 44., № 2. – С. 27-32.
28. Быков А.В., Загорский А.П. Формуляр как основа рационального фармацевтического менеджмента // Фармация. – 1996. - №3. – С.9-13.
29. Быков В.Л. Динамика инвазивного роста *Candida albicans* в тканях хозяина // Вест. дерматол. и венерол. -1990. -N 4.-С.25-8.
30. Вагинальный кандидоз // В.Н.Прилепская, А.С.Анкирская, Г.Р.Байрамова, В.В.Муравьева / Под ред. В.Н.Прилепской. – М.: 1997. – 40 с.
31. Вальчук Э.А., Гулицкая Н.И., Царук Ф.П. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в учреждениях здравоохранения. – Мн.:БЕЛМАПО, 2003. – 381 с.
32. Вайнилович И.А. Эпидемиология перинатальной и младенческой смертности в Республике Беларусь: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / БелНИИ охраны материнства и детства МЗ РБ. – Мн., 2001. – 20 с.

33. Васильева Т.П., Посисеева Л.В. Охрана здоровья беременных на территориальном уровне (медико-социальные аспекты). – Иваново, 2000. – 154 с.
34. Ветров В.В. Гемостаз у беременных с гестозом // Акуш. и гин. - 1998. - № 2. - С.12–13.
35. Вихляева Е.М., Фролова О.Г., Токова З.З. О региональной концепции снижения материнской смертности // Экол. человека. – 1995. - № 1. – С. 94-102.
36. Вишневская Е.Е. Справочник по онкогинекологии – 2-е изд., перераб. и доп. - Мн.: Беларусь, 1994. – 432 с.
37. Воробьев П.А. Протоколы ведения больных // Пробл. станар. в здравоохран. – 1999. - №1. – С.40-56.
38. Воспаление. Руководство для врачей. / Под ред. В.В.Серова., В.С.Паукова.- М., Медицина, 1995. - 640с.
39. Высоцкий А.А., Лискович В.А. Дембовская С.В. Опыт применения препарата "Бетадин" в акушерско-гинекологической практике // Рецепт. - 2002. - № 2. - С. 89-90.
40. Вялков А.И. Состояние стандартизации в здравоохранении России // Пробл. станар. в здравоохран. – 1999. - №1. – С. 3-8.
41. Гаврилова Л.В., Фролова О.Г., Токова З.З. Критерии оценки качества акушерской помощи // Вестник Рос. ассоц. акуш.-гин. – 1997. - № 2. – С. 111-114.
42. Галкин Р.А., Гусарова Г.И., Линева О.И. Реализация программы планирования семьи в условиях реформ здравоохранения. - Самара, 1998. – 184 с.
43. Гаспаров А.С., Осенин А.А., Цраева И.Б., Яшкулова С. Б. Диагностика и терапия трубно-перитонеального фактора бесплодия у женщин. // Акуш. и гин. - 1997. - № 3. - С. 20-21.
44. Герасимович Г.И. Плацентарная недостаточность // Здравоохранение. – 1999. - № 9. – С. 12-17.
45. Глушанко В.С. Организационно-методические основы оптимизации медицинских технологий / Тезисы докладов первого съезда врачей Республики Беларусь. – Мн., 1998. – С. 194.
46. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1997 году // Здравоохранение Российской Федерации. – М., 1999. - № 1. – С. 3-18.
47. Гурин А.Л., Киселевский Ю.В., Силява В.А., Лискович В.А. Способ дифференциальной диагностики заболеваний внутренних половых органов у женщин путем исследования перитонеальной жидкости и сыворотки крови: Инстр. по применению. – Гродно, 2003. – 17 с.
48. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. – СПб., 1998. – 552 с.
49. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.: Русфарммед, 1996. – 141 с.

50. Давыдова О.Н., Дорофеев В.Л., Зацепилова Т.А., Чубарев В.Н. Формулярный справочник лекарственных средств. – М.:ММА им. И.М.Сеченова, 1998. – 376 с.
51. Демидов В.И., Бахарев В.А., Фанченко И.Д. Антенатальная диагностика состояния плода // Акуш. и гин. – 1994. - № 4. – С. 31-33.
52. Детская и подростковая гинекология: Пер. с англ./ Под ред. А.С.Гарден. / Под ред. Т.М.Глыбиной. - М.: Медицина, 2001. - 440 с.
53. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем: Метод. реком. / Под редакцией К.К. Борисенко– М., 1998. – 78 с.
54. Диагностика, профилактика и лечение гестозов: Метод. рекомендации / Харкевич О.Н., Канус И.И., Булкова А.Н., Малевич Ю.К.; МЗ РБ, НИИ ОМД.- Мн., 2001. – 32 с.
55. Дмитриева Т.Б. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 12. – С. 5-14.
56. Доклад комиссии ВОЗ по здоровью и окружающей среде / ВОЗ. - Женева, 1992. – 41 с.
57. Долгов Г.В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии: Прогнозирование. Профилактика: Для вузов.- СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. -173 с.
58. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. – Мн.: Высш. шк., 1997. – 604 с.
59. Жукова Н.П. Прогноз репродуктивного здоровья девушек-подростков и женщин «резерва родов»: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / Бел. гос. мед. ун-т. – Мн., 2003. – 38 с.
60. Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я. Хронические воспалительные заболевания придатков матки. – Витебск, 1998. – 168 с.
61. Зарубина Е.Н. Прогнозирование перинатальных исходов и выбор метода родоразрешения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / Всесоюзн. н.-и. центр по охране здоровья матери и ребенка. – М., 1995. – 42 с.
62. Здоровье детей Беларуси: Сборник материалов VII съезда педиатров Республики Беларусь (8-9 сентября 1999 г.) / Под общ. ред. Матуш Л.И., Мн., 1999. – 256 с.
63. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник. – Мн., БелЦНМТ МЗ РБ, 1999. – 363 с.
64. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник. – Мн., БелЦНМТ МЗ РБ, 2000. – 386 с.
65. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник. – Мн., БелЦНМТ МЗ РБ, 2001. – 276 с.
66. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник за 2001 г. – Мн., ГУ РНМБ, 2002. – 361 с.
67. Зеленкевич И.Б. Состояние здоровья населения Республики Беларусь и пути развития здравоохранения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. - № 2. – С. 4-10.

68. Зудина Л.А. Организация управленческого труда. – М.: Информ., 1997. – 256 с.
69. Ивашкевич М.З. Научно-практическая интеграция функций управления в системе здравоохранения. - Мн.: Победа, 1999. – 351 с.
70. Интеграция службы медико-санитарной помощи / Доклад исследовательской группы ВОЗ. – Женева., 1996. – 106 с.
71. Кагирова Г.В. Организационные технологии перинатального акушерства и их эффективность. – М., 1997. – 193 с.
72. Кадыров Ф.Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений: Трудовые показатели. Производственная деятельность. Финансовое состояние. Составление смет. – М.:Международ. центр фин.-эконом. развития,1999. – 198 с.
73. Кажина М.В., Лискович В.А., Лознухо Н.П. Урогинекологический подход к проблеме кольпитов различного генеза у беременных (кампилляционное исследование) // Сборн. докл. обл. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы урогинекологии» (20-21. 12. 2001 г.) - Гродно, 2002. – С. 17-27.
74. Кажина М.В., Лискович В.А., Матеша Е.И. Обзор по инфекциям, передаваемым половым путем // Сборн. докл. обл. обуч. семина. для врачей акуш.-гинеколог., уролог. и дерматовенер. "Инфекции, передаваемые половым путем: возможности диагностики и лечения на современном этапе" (21-22.06.2000 г.). - Гродно, 2000. - С. 67-75.
75. Камышников В.С. Справочник по клинико–биохимической лабораторной диагностике. В 2 т. — Мн.: Беларусь, 2000.
76. Караник А.С., Лискович В.А., Наумов И.А. Совершенствование оказания стационарной гинекологической помощи в Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и организ. здравоохран.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 164-165.
77. Караник Н.Е., Лискович В.А. Динамическое наблюдение за женщинами группы резерва родов в Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохран.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 238-240.
78. Караник А.С., Лискович В.А., Кротков О.В. О роли своевременного пренатального выявления врожденных пороков развития в снижении репродуктивных потерь в Гродненской области" // Сборн. науч. трудов, посв. 200-летию узловой клин. б-цы «Актуальные вопросы современной медицины» – Гродно, 2002. – С. 25-27.
79. Карташова В.Е., Тихонова И.С., Гаврилова Л.В. Сравнительная оценка состояния системы гемостаза при своевременных и преждевременных родах // Ак. и гин. – 1989. - № 8. - С. 43–46.

80. Кашкин К.П., Караев З.О. Иммуная реактивность организма и антибактериальная терапия. - Л.: Медицина, 1984. - 200 С.
81. Кисина В.И., Колиева Г.Л., Рахматулина М.Р. Клиническое значение и оптимальная терапия инфекционных заболеваний мочеполовой системы у женщин // Гинекол. – 2002. – Т.4, №.2. – С.17-20.
82. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи) // П.А.Воробьев, М.В.Авксеньева, А.С.Юрьев, М.В.Сура. – М.:Изд-во «Ньюдиамед», 2004. – 404 с.
83. Клиническая гинекология. В 2 т. / И.В. Дуда, Вл. И. Дуда, В. И. Дуда. – Мн.: Высш. шк., 1999. – 352 с.
84. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – 379 с.
85. Кобина С.А. Экономика здравоохранения. Введение в фармакоэкономику // Ремедиум. – 1999. - №4. – С. 38-44.
86. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М.: Авиценна, 1995. - 314 с.
87. Колгушкина Т.Н. Гестоз (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение): Метод. рекомендации. – Мн., 2000. – 36 с.
88. Комплексный метод диагностики внутриутробной гипоксии и асфиксии плода: Метод. рекомендации / Мазитов С.Р., Покина Т.В., Харкевич О.Н., Лискович В.А.; МЗ РБ, НИИ ОМД. – Мн., 2003. – 29 с.
89. Комаров Ю.М. О некоторых перспективах развития здравоохранения в России // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 2. – С. 5-11.
90. Комплексная профилактика вирусных урогенитальных инфекций в прегравидарной подготовке женщин группы «резерва родов»: Метод. реком. НИИ ОМД МЗ РБ. // Малевич Ю.К., Харкевич О.Н., Савицкая В.М. и др. –Мн., 2003. - 19 с.
91. Кораблев А.В., Николаева Т.Н. Гемоциркуляторное русло: развитие в эмбриогенезе, патология. - М.: Изд-во РГМУ, 1999. - 188 С.
92. Кораблев В.Н. Содержание экономического анализа в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2002. - №4. – С. 5-8.
93. Коста Фонт Х., Ровира Фонс Ж. Экономика здравоохранения: Практ. пособие / Под ред. Н.В.Попок. - Мн.: БГЭУ, 2000. – 95 с.
94. Кравцова Н.Г., Дегтярев А.Н. Состояние здоровья и медицинская помощь населению в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь // Вопр. орг. и информ. здравоохранения: Анал.-инф. бюл. – 1995. - № 2. – С. 25-41.
95. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М., МЕДПРЕСС, 1999. – 233с.
96. Кудина О.Л., Пересада О.А., Тимошенко Т.И. Влияние микрофлоры матери на формирование микробиоценоза влагалища девочки // Мед. панорама. – 2002. - № 1. – С. 33-34.

97. Кузьмичев Л.Н., Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение: Отбор, подготовка и тактика ведения больных. - М.: Мир, 2001. - 165 с.
98. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Цитомегаловирусная инфекция в акушерстве. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 32 с.
99. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. Проблемы и перспективы лечения в бесплодном браке // Акуш. и гинекол. - 1997. - № 3. - С. 5-9.
100. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. К вопросу о патогенезе привычного выкидыша // Акуш. и гин. – 1996. - №4 – с.3-4.
101. Кулавский В.А., Беглов В.И., Даутова Л.А. Внедрение государственного мониторинга здоровья женщин // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Матер. 10 междунар. симп. – М.: РУДН, 2001. – С. 277-278.
102. Кунц Г., О'Доннел С. Управление: системный и ситуационный анализ управленческих функций / Пер. с англ. – М.: Прогресс., 1981. – Т. 1-2.
103. Кунцевич Т.В., Лискович В.А. Урогенитальные инфекции в разрезе женского бесплодия // Сборн. докл. обл. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы урогинекологии» (20-21. 12. 2001 г.) - Гродно, 2002. – С. 8-13.
104. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник / Под ред. проф. В.В.Меньшикова. - М.: Медицина, 1987. – С.312–45.
105. Лечение кольпитов различной этиологии: Учебно-метод. пособие и блок информации для врачей акуш.-гинеколог. и студентов мед. ВУЗов // Кажина М.В., Силява В.Л., Лискович В.А. – Гродно, 2002. – 22 с.
106. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. – М.: Медицина, 1977. – 456 с.
107. Лискович В.А. Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в родовспомогательных учреждениях республики // Актуальные проблемы реаниматологии и инфекционной патологии в акушерстве, гинекологии и педиатрии: Сбор. труд., посвящ. 70-летию НИИ ОМД. - Мн., 2001. - С. 193-195.
108. Лискович В.А. Анализ деятельности межрайонных перинатальных центров в Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и организ. здравоохр.). Под ред. Л.А. Постоялко – Мн., 2002. – С. 246-248.
109. Лискович В.А. О совершенствовании порядка разбора, анализа и контроля за уровнем перинатальной и младенческой смертности в ЛПУ Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке – Матер. IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохр. РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 262-263.
110. Лискович В.А. Об организации перинатальной помощи в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке –

- Матер. IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохран. РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 261-262.
111. Лискович В.А. Оценка медицинских технологий в службе охраны здоровья матери и ребенка // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохран.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 109-111.
112. Лискович В.А. Профилактика невынашивания беременности в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке – Материалы IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохран. РБ (30.11 – 01.12.2000 г.) - Мн., 2000. - С. 262-263.
113. Лискович В.А. Системный подход в оценке эффективности акушерской и перинатальных служб // Актуальные вопросы современной медицины / Сборн. науч. трудов, посв. 200-летию узловой клин. б-цы. – Гродно, 2002. – С. 374-376.
114. Лискович В.А. Современные подходы к охране репродуктивного здоровья в условиях реформирования здравоохранения // Сборн. докл. обл. семина. для врачей акуш.-гинеко. "Неотложные состояния в акушерстве". – Гродно, 2002. – С. 41-60.
115. Лискович В.А. Организация динамического наблюдения за женщинами группы "резерва родов" в Гродненской области // Сборн. докл. обл. семина. для врачей акуш.-гинеко. "Неотложные состояния в акушерстве". – Гродно, 2002. – С. 65-72.
116. Лискович В.А. Этапность организации акушерско-гинекологической помощи в Гродненской области // Сборн. докл. обл. семина. для врачей акуш.-гинеко. "Неотложные состояния в акушерстве". – Гродно, 2002. – С. 60-65.
117. Лискович В.А., Высоцкий А.А., Дембовская С.В. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний в акушерско-гинекологической практике препаратом "Бетадин" // VII съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь: Материалы съезда в 2-х томах. – Гродно, 2002. – Т.1. – С. 262-264.
118. Лискович В.А., Кажина М.В., Познухо Н.П. Опыт применения препарата "Бетадин" для лечения кольпитов разной этиологии // Медицинские новости. - 2002. - № 5. - С. 52-54.
119. Лискович В.А., Наумов И.А. Комплексная лекарственная терапия как составной элемент современных перинатальных технологий в родовспомогательных учреждениях Гродненской области // Рецепт. – 2002, № 4. - С. 49-52.
120. Лискович В.А., Наумов И.А. Организация областного гинекологического эндоскопического центра как основа повышения качества оказания гинекологической помощи в Гродненской области // Матер. наук.-практ. интернет-конф. з міжнар. участю «Управління

- охороною здоров'я» (Львів, 29 січня-14 березня 2003 року). – Львів, 2003. – С. 120-122.
121. Лискович В.А., Наумов И.А., Головка Е.В., Шейбак В.М. Особенности реактивности организма при лечении вагинального кандидоза // Рецепт. – 2003. - №3. – С.42-45.
122. Лискович В.А., Наумов И.А., Кротков О.В. Опыт рациональной организации ультразвукового скрининга в первом триместре беременности в Гродненской области // Матер. науч.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю «Управління охороною здоров'я» (Львів, 29 січня-14 березня 2003 року). – Львів, 2003. – С. 126-127.
123. Лискович В.А., Наумов И.А. Опыт решения проблемы по профилактике непланируемой беременности среди женщин социального "риска" и имеющих абсолютные медицинские противопоказания к беременности в Гродненской области" // Актуальные вопросы современной медицины / Сборн. науч. трудов, посв. 200-летию узловой клин. б-цы. – Гродно, 2002. – С. 377-378.
124. Лискович В.А., Наумов И.А., Головка Е.В. Новый подход к оценке течения воспаления // Матер. XI междунар. симпозиума «Эколого-физиологические проблемы адаптации» (Москва, 27-28 января 2003 года). – М.: Изд-во РУДН, 2003. – С. 315-317.
125. Лискович В.А., Часнойть Р.А. Об укреплении репродуктивного здоровья женщин в Гродненской области // Сбор. докл. обл. обуч. семин. для врачей акуш.-гинеколог., уролог. и дерматовенер. "Инфекции, передаваемые половым путем: возможности диагностики и лечения на современном этапе" (21-22.06.2000 г.). - Гродно, 2000. - С. 9-17.
126. Лискович В.А., Часнойть Р.А. Совершенствование порядка разбора перинатальной смертности // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Матер. IV съезда социал-гигиенистов и орган. здравоохр. РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 176-178.
127. Мазитов С.Р., Покина Т.В., Харкевич О.Н., Лискович В.А. Комплексный метод диагностики внутриутробной гипоксии и асфиксии плода // Метод. реком. НИИ ОМД МЗ РБ. – Мн., 2003. - 30 с.
128. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях: Справ. пособие. – Мн.: Высшая школа, 1994. – 368 с.
129. Малышева Э.В. Особенности специфических функций организма женщин, проживающих в различных экологических условиях / Сб. научных статей: Экология и здоровье ребенка. - М., 1995. - С. 231-236.
130. Манулик А.В. Административные и социально-психологические методы руководства в здравоохранении / Учебно-методическое пособие. – Мн., 1992. – 70 с.
131. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 247 с.

132. Материалы 4-го российского научного форума "Охрана здоровья матери и ребенка 2002" (Москва ЦДХ, 21-24 мая 2002 г.). - М.: "Авиаиздат", 2002.- 528 с.
133. Макацария А.Д., Мищенко А.Л. Вопросы циркуляторной адаптации системы гемостаза при физиологической беременности с синдромом дессиминированного внутрисосудистого свёртывания // Ак. и гин. - 1997. - № 1. - С.38-41.
134. Маянский Д. Н., Лекции по клинической патологии: Руководство для врачей. - Новосибирск, 1997.-249с.
135. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и ассоциированных с ними заболеваний // Кулаков В.И., Савельева Г.М., Серов В.Н. и др. / Под ред. В.Н.Серова, Кубановой А.А. - М.: «Си Эс Си Лтд», 2001. - 40 с.
136. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах: Учебное пособие. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. - 80 с.
137. Митрохин С.Д. Инфекции половых органов: современный алгоритм микробиологического исследования // Инфекции и антимикр. терап. - 2002. - Т.4, №.5. - С.31-33.
138. Можейко Л.Ф. Становление репродуктивной системы у девушек-подростков и коррекция ее нарушений : Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01 / Бел. гос. мед. ун-т. - Мн., 2002. - 39 с.
139. Наумов И.А. Воспаление: новый подход к изучению // Сб. докл. обл. обуч. семина. для вр. акуш.-гин., урол. и дерм.-вен. «Инфекции, перед. пол. путем: возм-ти диаг-ки и леч. на совр. этапе» / Ред. кол. Ракуть В.С. (гл. ред.), Кажина М.В. (отв. ред.) и др. - Гродно, 2001. - С.26-29.
140. Наумов И.А., Головки Е.В., Шатрова В.О. и др. Возможности применения нового метода оценки реактивности организма у больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки // Труды Гродненского государственного медицинского университета (к 45-летию университета) под ред. проф. С.М.Зиматкина, - Гродно:ГГМУ, 2003. - С.236-238.
141. Наумов И.А., Лискович В.А., Головки Е.В. Интраамниальная инфекция в структуре заболеваемости беременных и новорожденных: новый подход к оценке и прогнозированию // Матер. респ. науч.-практ. конф. «Управление системой охраны здоровья населения и отраслью здравоохранения в Республике Беларусь» (Минск, 17 апреля 2003 года). - Мн., 2003. - С. 46-49.
142. Наумов И.А., Лискович В.А., Головки Е.В. Разработка и внедрение новых перинатальных технологий как основа снижения уровня перинатальных потерь в Гродненской области // Матер. наук.-практ. интернет-конф. з міжнар. участю «Управління охороною здоров'я» (Львів, 29 січня-14 березня 2003 року). - Львів, 2003. - С. 127-129.

143. Наумов И.А., Шатрова В.О., Смотрин С.М., Островский А.А. Особенности реактивности женского организма // Акт-е проблемы акуш. и гинек.: Сб-к статей сотрудников каф-ры акуш. и гинек., посв-й 40-летию каф-ры / Ред. Кажина М.В. – Гродно, 2002. – С.127.
144. Наумов И.А., Шатрова В.О., Смотрин С.М., Островский А.А. Реактивность женского организма: новый подход к изучению // 7 съезд акушеров и неонатологов Республики Беларусь: Матер. съезда в 2-х томах. – Гродно, 2002. – Т.1. – С.318-320.
145. Национальные интегрированные программы по здравоохранению и окружающей среде в странах Центральной и Восточной Европы: (Семинары по эпидемиологии окружающей среды / ВОЗ Европ. регион. отделение). – М., 1994. – 230 с.
146. Невынашивание беременности: Пособие для врачей / Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Берлев И.В. / Под ред. проф. Е.Ф. Кира. – СПб., 1999. – 60 с.
147. Недоношенность: Пер. с англ. / Под ред. В.Х.Ю. Виктора, Э.К. Вуда. – М.: Медицина, 1991. – 368 с.
148. Николаева Е.И., Тахиян А.А. Оценка современных перинатальных технологий у беременных и рожениц высокого риска // Вестн. акушер.-гинек. – 1998. - № 1. – С. 26-28.
149. Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Материалы научного форума. - М.: Морагэкспо, 1999. – 336 с.
150. Новые технологии в современной медицине: Сборник научных трудов / БелЦНМИ МЗ РБ, Совет научного медицинского общества Белорусской академии медицинских наук. – Мн., 1999. – 425 с.
151. Организация оказания этапной медицинской акушерско-гинекологической помощи: Метод. рекомендации / Харкевич О.Н., Лискович О.Н., Павлович Т.П. и др.; МЗ РБ, НИИ ОМД. – Мн., 2003. – 45 с.
152. Островский А.А., Смотрин С.М., Наумов И.А. Способ подготовки пробы лейкоцитов для цитологических исследований (А.с. - SU 1659847 А 1) (инструкция по применению) // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний: Сб. инструктив. – метод. док. (офиц. изд.). – 1-е изд. – Мн.: БЦНМИ, 2001. – Т.2: Лаб-я д-ка. Клин-я фармакол-я и фармация. Гематология и трансфузиология. – С. 264-266.
153. Организация оказания этапной медицинской акушерско-гинекологической помощи // Харкевич О.Н., Лискович В.А., Павлович Т.П. и др. // Метод. реком. НИИ ОМД МЗ РБ. – Мн., 2003. - 45 с.
154. Организация экстренной медицинской помощи в акушерско-гинекологической практике: Учебно-методическое пособие / под ред. О.И. Леновой. – Самара: "Дом печати", 1997. – 254 с.
155. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Под общ. ред. В.И. Кулакова - М.: Триада-Х, 1999. – 246 с.

156. Пересада О.А. Применение эстроген-гестагенных препаратов для улучшения репродуктивного здоровья женщин. – Мн.:ДД, 2003 г. – 42 с.
157. Пилипцевич Н.Н. Современные подходы в организации медицинской помощи // Вопр. орг-и и инф-и здравоохр. – 1998. - №1. – С.18-19.
158. Плахотя Л.П., Калинина Т.В., Зелезинская Г.А. Состояние и тенденции здоровья детского населения Республики Беларусь // Организационные аспекты первичной медико-санитарной помощи: Матер. науч.-практ. конф. – Мн., 1999. – С. 140-142.
159. Приказ № 323 МЗ РФ от 05.11.98 г. "Об отраслевых стандартах объемов акушерско-гинекологической помощи" // Акуш. и гинек. – 2000. - № 4. – С. 63-64.
160. Прилепская В.Н. Инфекции в гинекологии. Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения // Гинек. – 2002. - Т.2, №.2. - С.17-19.
161. Протоколы (стандарты) обследования и лечения гинекологических больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях: Приказ МЗ РБ № 126 от 29.05.2001 г. / Силява В.Л., Воскресенский С.Л., Пересада О.А. и др. – Мн., 2001. – 56 с.
162. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. - М.: Медицина, 1991. - 320 с.
163. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Плацентарная недостаточность при гестозе. // Акуш. и гинек. – 1999. - №1. – С. 116-118.
164. Репродуктивное здоровье женщины и потомство в регионах с радиоактивным загрязнением: (Последствие аварии на ЧАЭС) / Под ред. М.В. Федоровой и др. – М.: Медицина, 1997. – 393 с.
165. Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Матер. IV съезда социал-гигиенистов и организ. здравоохр. Республики Беларусь // Под общ. ред. И.Б. Веленкова (Мн., 30.11-01.12.2000). – Мн., 2000. – 416 с.
166. Роговская С.И., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Опыт применения дифлюкана при лечении генитального кандидоза // Вест. Рос. асс-и акуш.-гин. - 1997. - №1. - С. 100-1.
167. Роль программированных родов в профилактике перинатальной патологии / Кузьмина (Харкевич) О.Н., Бресский А.Г., Платонова О.Г. и др. // Современные проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии: Матер. респ. конф. – Мн., 1994. – С. 152-154.
168. Ростовцев В.Н. Управление развитием здравоохранения // Здравоохр. – 1996. - № 2. – С. 42-45.
169. Ростовцев В.Н., Ивашкевич М.З. Экспертная оценка актуальности реформирования здравоохранения // Медицина. – 1998. - № 3. – С. 24-25.
170. Руководство по безопасному материнству. - М., 2000, "Триада-Х". – 531 с.
171. Руководство по планированию семьи / Под ред. В.Н. Серова. – М., 1997. – 297 с.

172. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицина. - М.: Медицина, 1987. - Т. 1. – 432 с., Т. 2. – 463 с.
173. Руководство по тератологии / Под ред. Г.И. Лазюка. - М.: Медицина, 1991. - 350 с.
174. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М., 1998. – 764 с.
175. Руководство по эндокринологии / Под ред. Е.М.Вихляевой. - М.: ООО "Мед. информ. агентство", 2000. - 768 С.
176. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия / Под ред. Э.К. Айламазяна. – Н. Новгород, 1998. – 180 с.
177. Савельева Г.М., Антонова Л.В., Евсеев А.А. Значение дополнительных методов исследования в дифференциальной диагностике подострого аднексита // Акуш. и гинекол. – 1997. - №2 – С. 48-51.
178. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. Плацентарная недостаточность. - М.: Медицина, 1991. – 400 с.
179. Сафина М.Р., Кубасова Н.К. Современная тактика лечения тубоовариальных абсцессов // Мед. новости. – 2002. - №.7. – С.30-34.
180. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1994 г. – Гродно: ГОКБ, 1995. - 144 с.
181. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1995 г. – Гродно: ГОКБ, 1996. - 168 с.
182. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1996 г. – Гродно: ГОКБ, 1997. - 144 с.
183. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1997 г. – Гродно: ГОКБ, 1998. - 162 с.
184. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1998 г. – Гродно: ГОКБ, 1999. - 158 с.
185. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 1999 г. – Гродно: ГОКБ, 2000. - 178 с.
186. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2000 г. – Гродно: ГОКБ, 2001. - 172 с.
187. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2001 г. – Гродно: ГОКБ, 2002. - 170 с.
188. Сельский Я.П., Ивченко В.Н., Богданова Г.Ю. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. - Киев: Здоров'я, 1990. - 272 с.
189. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – 436 с.
190. Серов В.Н., Шахтмейстер И.Я., Чеботарев В.В. и др. Значение генитальных инфекций в формировании распространенных гинекологических заболеваний и их современное лечение. - М., 1997. – 18 С.

191. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И. – М.:Триада-Х, 1999. – 246 с.
192. Сидоренко С.В., Колупаев В.Е. Антибиотикограмма: дискондиффузионный метод. Интерпретация результатов.- М.: Sanofi Pasteur, 1999. – 32 с.
193. Система здравоохранения: Экономический аспект / Х. Коста Фонт, Ж. Ровира Фонс, В.И. Маргунова, Р.И. Громько. – Мн.: БГЭУ, 2002. – 106 с.
194. Скороходова Т.Г., Удовичина Т.И., Матушкина С.В., Фадеев С.В. Нормы лабораторных тестов при физиологической беременности // Бюлл. лабор. службы. - 2001. - №9. - с. 20-24.
195. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агенство, 2000. – 592 с.
196. Смотрин С.М., Наумов И.А., Островский А.А. Лабораторный метод оценки и прогнозирования течения первой фазы раневого процесса // Журн. Гродненского гос. мед. ун-та. – 2003. - №1. – С.37-40.
197. Смотрин С.М., Наумов И.А., Островский А.А. Новый цитологический метод оценки течения раневого воспаления // Мед. панорама. – 2002. - №8 (23). – С.49-50.
198. Соболев В.Б. Смертность беременность, рожениц и родильниц в Московской области и пути ее снижения. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.01. / Всесоз. н.-и. центр по охране матери и ребенка. – М., 1991. – 44 с.
199. Современный подход к оптимизации демографической политики путем применения высоких технологий в учреждениях родовспоможения / Калинин А.В., Борцов В.А., Жеглер А.А., Жоголь О.Н. // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Матер. 10 междунар. симп. – М.: РУДН, 2001. – С. 211-212.
200. Соколова К.Я., Соловьева И.В., Попова Е.В. и др.// Аутофлора человека в норме и патологии и ее коррекция: Сб. науч. трудов / Под ред. И.Н. Блохиной. - Горький, 1988. - С. 144-148.
201. Старостина Т.А., Фролова О.Г. Роль женской консультации в снижении материнской смертности // Акуш. и гинек. – 1990. - № 10. – С. 9-11.
202. Степанковская Г.К., Сольский С.Я. Послеродовые инфекции. - Киев: Здоров'я, 1989. - 136 с.
203. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. - М.: Медицина, 1996. - 256 с.
204. Стругацкий В.М. Современная гинекологическая физиотерапевтическая клиника // Пути развития современной гинекологии: Тезисы докладов. - М., 1995. - С. 82.
205. Стругацкий В.М. Медицинская реабилитация в гинекологии и акушерстве.// Медицинская реабилитация: Руководство / Под ред. В.М.Боголюбова. – Пермь, ИПК “Звезда”,1998. – Т.3. – Гл. 14. – с. 462-501.

206. VII съезд ак.-гин. и неонат. Республики Беларусь: Матер. съезда в 2-х т. – Гродно, 2002. – Т. – 342 с., Т.2. – 356 с.
207. Токова З.З. Клинико-эпидемиологическое и медико-социальное обоснование снижения смертности беременных, рожениц и родильниц в различных регионах страны: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.01, 14.00.33 / Всесоюзн. н.-и. центр по охране здоровья матери и ребенка. – М., 1990. – 44 с.
208. Уварова Е.В., Султанова Ф.Ш. Влагалище как микроэкосистема в норме и при воспалительных процессах гениталий различной этиологии (обзор литературы) // Гинекол. – 2002. – Т.4, №4. – С.36-38.
209. Управление системой перинатальных технологий на региональном уровне // Часнойть Р.А., Харкевич О.Н., Лискович В.А., Наумов И.А. – Гродно, 2003. – 360 с.
210. Федорова М.В. Плацентарная недостаточность // Акуш. и гинекол. - 1997. - №6. - С. 403.
211. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Глиняная С.В. Новые методы анализа и оценки репродуктивных потерь // Вест. акуш.-гин. – 1994. - № 4. - С. 7-11.
212. Харкевич О.Н. Совершенствование медицинской помощи беременным женщинам. – Мн.: БГУ, 2001. – 178 с.
213. Харкевич О.Н., Воскресенский С.Л., Лискович В.А. и др. Профилактика респираторного дистресс-синдрома в пренатальном периоде: Методические рекомендации. – Мн., 2001. - 24 с.
214. Харкевич О.Н., Лискович В.А. Совершенствование организации и оценка эффективности оказания медицинской помощи беременным женщинам // VII съезд акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь: Материалы съезда в 2-х томах. – Гродно, 2002. – Т.2. – С. 150-155.
215. Харкевич О.Н., Лискович В.А., Наумов И.А. Совершенствование технологий управления в здравоохранении как основа повышения эффективности деятельности акушерско-гинекологической службы // Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация: Матер. междунар. науч.-практ. конф. – В 2-х т. - Т. 2. - Мн., 2002. – С. 253-256.
216. Харкевич О.Н., Часнойть Р.А., Лискович В.А. Системный подход по оценке эффективности деятельности родовспомогательных учреждений // Охрана материнства и детства. – 2001. - № 3. – С. 15-17.
217. Харкевич О.Н., Часнойть Р.А., Лискович В.А. Совершенствование организации перинатальной медицинской помощи в Республике Беларусь на современном этапе // Материалы IV Российского форума "Мать и дитя". – М., 2002. – С. 133-134.
218. Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии / Под ред. С.И. Рiskeвич. – СПб., 1999. – 661 с.
219. Хетчер Р.А., Ковал Д., Гест Ф. Руководство по контрацепции / Русское международное издание. - Briging the Gap Communications, Georgia. USA, 1994. - 504 с.

220. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний - СПб., 1994. - 408 С.
221. Хмельницкий О.К., Глуховец Б.И. Характеристика гормонально-иммунного статуса при воспалительных заболеваниях репродуктивной системы женщин. // Архив патологии. - 1990.- Т. 52. - Вып. 11. - С. 5-9.
222. Храмова Л.С. Коагулогические показатели, характеризующие особенности физиологического течения беременности у первобеременных и повторнобеременных // Акуш. и гин. – 1991. - № 9. - С. 34 – 35.
223. Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Пономаренко Г.Н., Гайворонских Д.И. Практический справочник акушера-гинеколога: Издание третье, переработанное и дополненное. – СПб.: ООО "Изд-во Фолиант", 2001. – 576 с.
224. Цыбин А.К. К вопросу о менеджменте и маркетинге в здравоохранении / Тезисы докладов первого съезда социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения и историков медицины Республики Беларусь. – Мн., 1993. – С. 250.
225. Часнойть Р.А., Горелова Т.Н., Лискович В.А. О роли органов государственной власти в укреплении здоровья женщин и детей в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения РБ (30.11-01.12.2000 г.) - Мн., 2000. - С. 132-133.
226. Часнойть Р.А., Лискович В.А. Итоги внедрения современных перинатальных технологий в Гродненской области и пути повышения деятельности акушерско-гинекологической службы // Актуальные вопросы клинической педиатрии нового тысячелетия: Матер. науч.-практ. конф., посв. 40-летию Гродн. обл. дет. клин. б-цы. – Гродно, 2001. - С. 65-70.
227. Часнойть Р.А., Лискович В.А. О совершенствовании системы контроля выполнения нормативной базы, регламентирующей деятельность акушерско-гинекологической службы Гродненской области // Общественное здоровье и здравоохранение: Матер. науч.-практ. конфер., посв. 10-летию БелЦМТ (МЗ РБ, Бел. центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, Бел. асс. социал-гигиенистов и орган. здравоохр.) / Под ред. Л.А. Постоляко – Мн., 2002. – С. 143-144.
228. Часнойть Р.А., Лискович В.А. Опыт Гродненской области по профилактике непланируемой беременности // Рецепт. – 2000. - № 6.– С. 91-93.
229. Часнойть Р.А., Лискович В.А. Совершенствование системы управления службой родовспоможения в Гродненской области // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: Матер. IV съезда социал-гигиенистов и организ. здравоохранения РБ (30.11-01.12.2000 г.). - Мн., 2000. - С. 133-135.
230. Часнойть Р.А., Харкевич О.Н., Лискович В.А., Наумов И.А. Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам фертильного возраста // Труды Гродненского государственного

- медицинского университета (к 45-летию университета) под ред. проф. С.М.Зиматкина, - Гродно:ГГМУ, 2003. – С.244-246.
231. Часнойть Р.А., Харкевич О.Н., Лискович В.А., Наумов И.А. Новые подходы к организации охраны репродуктивного здоровья женщин в условиях реформирования здравоохранения // Журн. Гродненского гос. мед. ун-та. – 2003. - №3. – С.61-68.
 232. Часнойть Р.А., Харкевич О.Н., Лискович В.А., Наумов И.А. Совершенствование оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам фертильного возраста // Журн. Гродненского гос. мед. ун-та. – 2003. - №4. – С.73-76.
 233. Чернуха Е.А. Родовой блок. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.
 234. Шарапова О.В. Состояние и перспективы развития акушерского дела в России // Сестринское дело. – 2001. - № 2. – С. 9-11.
 235. Шаповаленко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации. // Вест. Рос. ассоц. акуш.–гин. – 2001. - № 2. – С. 437.
 236. Экономика здравоохранения: Учеб. пособие / Под общ. ред. А.В.Решетникова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.:ГЭОТАР-МЕД,2004. – 272 с.
 237. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) // Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б., Горохова С.Г., Кобина С.А. – М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.
 238. Энциклопедия клинических лабораторных тестов / По ред. проф. Норберта У. Тица. – М.: Лабинформ, 1997. - 533 с.
 239. Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза // Гинекол. – 2001. – Т.1,№.3. – С.40-43.
 240. Яковлев С.В. Антимикробная химиотерапия. – М.: АО "Фармарус", 1997. – 193 с.
 241. Яковлев С.В. Формуляр антибактериальной терапии и профилактики инфекций в акушерстве и гинекологии // Антибиот. и антимикр. терап. – 1999. – Т.1, №3. – С.23-26.
 242. An introduction to Health Economics / Witter S., Ensor T. – Willy, 1997. – 207 p.
 243. American Academy of Pediatrics. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS // Pediatrics. – 1992. - Vol. 89. – P. 1120-1126.
 244. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. Guidelines for prevention of group B streptococcal (GBS) infection by chemoprophylaxis // Pediatrics. – 1992. – Vol. 90. – P. 775-778.
 245. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Hemophilus influenza type by conjugate vaccine // Pediatrics. – 1988. – Vol. 81. – P. 908-911.
 246. Andrew D. R., Theodore J. J., Wenhui Li. Recent Declines in New York City Infant Mortality Rates // Pediatrics. – 1998. - Vol. 101, № 4. - P. 682-688.

247. Arumugam K. Endometriosis and social class: an Asian Experience // *Asia Oceania J. Obstet. Gynaec.* – 1993. – Vol. 19, № 3. – P. 231-234.
248. Barbieri R.L. Visual diagnosis of endometriosis – Reliability? // *Fertil. and Steril.* – 1992. – Vol. 58, № 2. – P. 221-222.
249. Bateman D., Hansen C., Haegarty M. The effects of cocaine exposure in newborns // *Public Health.* – 1993. - Vol. 83. – P. 387-392.
250. Becker T.M., Stone K.M., Cates W. Epidemiology of Genital Herpes Infections in the United States: The Current Situation // *J. Reprod. Med.* – 1986. - Vol. 31, № 5. – P. 359-364.
251. Boulanger J.C., Gandry J. Infections virales du vagin // *Gynecologie.* – 1986. – Vol. 37, № 1. – P. 32-39.
252. Carver J.D., McDermott R.J., Jacobson H.N. Infant mortality statistics do not adequately reflect the impact of short gestation // *Pediatrics.* – 1993. – Vol. 92. – P. 229-232.
253. Centers for Disease Control and Prevention. Infant mortality: United States, 1990 // *MMWR Mord. Mortal. Wkly. Rep.* – 1993. – Vol. 42. – P. 161-165.
254. Clegg E.D., Sakai C.S., Voytek P.E. Assessment of reproductive risks // *Biol. Reprod.* – 1986. – Vol. 34, № 1. – P. 5-16.
255. Collins J.W., Shay D.K. Prevalence of low birth weight among Hispanic infants with United States-born and foreign-born mothers: the effect of urban poverty // *Am. J. Epidemiol.* – 1994. – Vol. 139. – P. 184-192.
256. Corbett A., Bucciarelli R., Goldman S. Decreased mortality rate among premature infants treated at birth with a single dose of synthetic surfactant: a multicenter trial // *J. Pediatr.* – 1991. – Vol. 118. – P. 277-284.
257. Daniluk J.C. Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact // *Fertil. and Steril.* - 1988. – Vol. 49, № 5/6. – P. 982-990.
258. Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G.L., Torrance G.W. Methods for the economic evaluation of health care programs. – Oxford University Press, 1997.
259. Eschenbach D. A. Bacterial vaginosis: Emphasis on Upper Genital Tract Complications // *Obstet. Gyn. Clin. Nort. Am.* - 1989. - Vol.16 (3). – P. 593-610.
260. Fujiwara T., Konishi M., Chida S. Surfactant replacement therapy with a single postventilatory dose of a reconstituted bovine surfactant in preterm neonates with respiratory distress syndrome // *Pediatrics.* – 1990. – Vol. 86. – P. 753-764.
261. Mardh P.-A. The vaginal ecosystem // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* – 1991. – Vol.165, №4, pt.2 – P.1163-1168.
262. Giese K. – P. Chlamydieninfektionen und pelviskopische Befunde // *Zbl. Gynak.* – 1987. – Vol. 109, № 5 – P. 295-300.
263. Gindorff P.R., Jewelewicz R. Reproductive potential in the older women // *Fertil. and Steril.* – 1986. – Vol. 46, № 5/6. – P. 989-1001.
264. Guyer B., Strobino D.M., Ventura S.J. Annual summary of vital statistics // *Pediatrics.* – 1996. – Vol. 98. – P. 1007-1019.

265. Guzick D.S., Clinical Epidemiology of Endometriosis and Infertility // *Obese Gynec. Clin. N. Amer.* – 1989. – Vol. 16, № 1. – P. 43-59.
266. Haliman M., Merritt T.A., Bry K. Association between neonatal care practices and efficacy of exogenous human surfactant: results of a bicenter randomized trial // *Pediatrics.* – 1993. – Vol. 91. – P. 552-560.
267. Hamvas A., Wise P.H., Yang R.K. The influence of the wider use of surfactant therapy on neonatal mortality among blacks and whites // *New. Engl. J. Med.* – 1996. – Vol. 334. – P. 1635-1640.
268. Henry – Suchet J. Aspects cliniques et colposcopiques des vaginoses bactériennes // *Rev. Franc. Gynec. Obstet.* – 1993. – Vol. 88, № 3 (Pt. 2). – P. 199-201.
269. Hillier S.L. Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis // *Am. J. Obstet Gynec.* – 1993. – Vol. 169, № 2 (Pt. 2). – P. 455-459.
270. Hoekstra R.E., Jackson J.C., Myers T.F. Improved neonatal survival following multiple doses of bovine surfactant in very premature neonates at risk for respiratory distress syndrome // *Pediatrics.* – 1991. - Vol. 91. – P. 88.
271. Horbar J.D., Wright E.C., Onstad L. Members of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Decreasing mortality associated with the introduction of surfactant therapy: an observational study of neonates weighing 601 to 1300 grams at birth // *Pediatrics.* – 1993. – Vol. 92. – P. 191-196.
272. Jobe A.H. Pulmonary surfactant therapy // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 328. – P. 861-868.
273. Jouppila P. Recent Advances in Perinatology: Book of Abstracts. - Dubrovnik, 1989. – P. 107-108.
274. Kamat B., Isaacson P. The Immunocytochemical Distributions of Leukocytic Subpopulations in Human Endometrium // *Amer. J. Path.* – 1987. – Vol. 127. - № 1. – P. 66-73.
275. Kenneth C., John L. Birth Weight and Age-Specific Analysis of the 1990 US Infant Mortality Drop. Was It Surfactant // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 1997. - Vol. 151, № 2. – P. 129-134.
276. Kiely J.L., Kleinman J.C., Kiely M. Triplets and higher-order multiple births: time trends and infant mortality // *AJDC.* – 1992. – Vol. 146. – P. 862-868.
277. Kleinman J.C. Methodologic issues in the analysis of vital statistics. In: Kiely M, ed. *Reproductive and Perinatal Epidemiology.* Boca Raton, Fla // CRC. Press. Inc. – 1991. – Vol. 4. – P. 447-468.
278. Kleinman J.C. The slowdown in the infant mortality decline // *Pediatr. Perinat. Epidemiol.* – 1990. – Vol. 4. – P. 373-381.
279. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index // *Am. J. Public. Health.* – 1994. – Vol. 84. – P. 414-420.
280. Lansac J., Body G., Quentin R. Aspects actuels des salpingites aigues // *Contracept. Fertil. Sex.* – 1986. – Vol. 14, № 5. – P. 503-510.

281. Liechty E.A., Donovan E., Purohit D. Reduction of neonatal mortality after multiple doses of bovine surfactant in low birth weight neonates with respiratory distress syndrome // *Pediatrics*. – 1991. – Vol. 88. – P. 19-28.
282. MacDorman M.F., Rowley D.L., Iyasu S. Infant Mortality / Wilcox LS, Marks JS, eds. *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*. Atlanta, Ga: Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. – 1994. – P. 231-249.
283. Mardh P. A. The vaginal ecosystem // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* - 1991. - Vol.165 (4-2). – P.1163-8.
284. Merqui J.L., Salat – Baroux J. Valeur diagnostique du serodiagnostic de chlamydiae // *Cintracept. Fertil. Sex.* – 1987. – Vol. 15, № 2. – P. 191-197.
285. Mosin V. Practica internationala in organizarea planificarii familiale // *Materialele congresului al III-lea al obstetricienilor-ginecologi si pediatriilor din Republica Moldova*. – Chisinau, 1999. – P. 36-40.
286. *Obstetrics and Gynecology*. // Ed. by Beck. - Philadelphia: WILLIAMS and WILKINS, 1997. - 736 P.
287. *Obstetric and gynecologic infections disease* // Ed. by J.G.Paastorec. - New York.: Raven Press, 1996. - 708 P.
288. Osser S., Persson K. Chlamidial antibodies and deoxyribonucleic acid in patients with ectopic pregnancy // *Fertil. and Steril.* – 1992. – Vol. 57, № 3. – P. 578-582.
289. Paavonen J., Teisala K., Hienonen P.K. Microbiological and histopathological findings in acute pelvic inflammatory disease // *Brit. J. Obstet. Gynecol.* – 1987. – Vol. 94, № 4. – P. 454-460.
290. Palta M., Weinstein J.R., McGuinness G. A population study: mortality and morbidity after availability of surfactant therapy // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 1994. – Vol. 148. – P. 1295-1301.
291. Petterson F. *Annual Report on the Results of Treatment in gynecological Cancer*. – Stockholm, 1985. – 165 p.
292. Raju T.N.K., Vidyasagar D., Bhat R. Double-blind controlled trial of single-dose treatment with bovine surfactant in hyaline membrane disease // *Lancet*. – 1987. – Vol. 1. – P. 651-656.
293. Rosenberg K.D., Kalter H., Na Y. The effect of surfactant on birth-weight-specific neonatal mortality rate, NYC // Presented. at Annual. Meetings of American. Public. Health. Association. – 1994. – Vol. 11, № 2. – P. 174-183.
294. Rowling S.E., Ramchandani P. Imaging of the fallopian tubes // *Semin Roentgenol.* - 1996. - Vol. 31, № 4. - P. 299-311.
295. Salafia C.M. Placental pathology of fetal growth restriction. // *Clin.Obstet. Gynecol.* - 1997. – Vol. 40. – P. 7409.
296. Sauer M.V. Investigation of the female pelvis // *J. Reprod. Med.* - 1993. - Vol. 38, № 4. - P. 269-276.
297. Schoendorf K.C., Kiety J.L. Birth weight and age-specific analysis of the 1990 US infant mortality drop // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 1997. – Vol. 151. – P. 129-134.

298. Schwartz R.M., Luby A.M., Scanlon J.W. Effect of surfactant on morbidity, mortality, and resource use in newborn infants weighing 500 to 1500 g // *N. Engl. J. Med.* – 1994. – Vol. 330. – P. 1476-1480.
299. Semczuk M., Szymanski C.Z. Salpingitis and tubal pregnancy in patients treated at the first Clinic of Surgical Gynecology in Lublin between the years 1978-1988 // *Ginecol. Pol.* – 1994. – Vol. 65, № 3. – P. 129-135.
300. Staples R.E. Potencial of direct application techniques for detection of teratogens // *New. Approch, Evaluat. Abnormal embryonic Develop.* – Stuttgart., 1975. - P. 71-81.
301. Starfield B. Postneonatal mortality // *Ann. Rev. Public. Health.* – 1985. – Vol. 6. – P. 21-40.
302. Struzziero E., Corbo M. Chlamidia trachomatis and sterility // *Minerva ginec.* – 1994. – Vol. 46, № 11. – P. 607-608.
303. Sunits T., Bennett R., Gould J. Maternal risks for very low birth weight infant mortality // *Pediatrics.* – 1996. – Vol. 98. – P. 236-241.
304. Sweet R.L. Diagnosis and treatment of acute salpingitis // *J. Reprod. Med.* – 1988. – Vol. 33, № 1. – P. 19-21.
305. Sweet R.L. Pelvic Inflammatory Disease // *Update in Obstet. and Gynecol.* - 1994. – Vol. 11-12. – P. 76-83.
306. Taffel S.M. Health and demographic characteristics of twin births: United States, 1988 // *Vital. Health. Stat* 21. – 1992. – Vol. 50. – P. 1-17.
307. Trevous R. Les infections a Chlamidia trachomatis chez la femme // *Gynecol.* – 1985. – Vol. 36, № 2. – P. 106-107.
308. Vandepitte J, Engbaek K, Piot P, Neuck C.C. Основные методы лабораторных исследований в клинической бактериологии: Пер. с англ. – Женева, ВОЗ. – 1994. – с.58–68.
309. Vercellini P., Grosignani P.G. Epidemiology of endometriosis // *Brosens I.A., Donnez J. Current statues of Endometriosis: Research and Management.* 1993. – P. 111-130.
310. *Viral infections in Obstetrics and Gyneecology / Edited by D.J. Jeffries and C.N.* – Hudson, 1999. - 335 p.
311. Westrom L. Consequences of genital chlamydia infection in women. // 4 *World. Congr. Infect. Immunot. Dis. Obstet. Ginecol.*, Oct. 29 – Nov. 5, 1995, Marbelia, Spain. *Progr. Abstr.* – 1995. – P.91.
312. *WHO Chron.* – 1986. – Vol. 40, № 1. – P. 31-36.
313. Wiedemann R., Sterzik K., Gombisch V. et al. Beyond recanalizing proximal tube occlusion: the argument for further diagnosis and classification // *Hum. Reprod.* - 1996. - Vol. 11, № 5. - P. 986-991.
314. Wilcox AJ. Infant mortality revisited // *Pediatr. Perinal. Epidemiol.* – 1993. – Vol.7. – P. 347-348.

