



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

26.11.2019

№ 1044-срр

Иркутск

О методических рекомендациях
по ведению беременности
с высоким риском преждевременных родов

В целях совершенствования оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи, снижения материнской и перинатальной смертности, мертворождаемости, повышения эффективности качества акушерской и неонатологической помощи в Иркутской области в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», руководствуясь статьей 13 Закона Иркутской области от 12 января 2010 года № 1-ОЗ «О правовых актах Иркутской области и правотворческой деятельности в Иркутской области», указом Губернатора Иркутской области от 30 декабря 2019 года № 40-угк «О назначении на должность Ледяевой Н.П.»:

1. Утвердить методические рекомендации по ведению беременности с высоким риском преждевременных родов (прилагаются).
2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области:
 - а) внедрить методические рекомендации по ведению беременности с высоким риском преждевременных родов;
 - б) организовать работу на амбулаторном и стационарном этапе в соответствии с методическими рекомендациями по ведению беременности с высоким риском преждевременных родов.
3. Ответственным за исполнение распоряжения назначить начальника отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Матысик Т.А.
4. Контроль исполнения распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения Голенецкую Е.С.

Исполняющая обязанности
министра здравоохранения
Иркутской области

Н.П. Ледяева

Методические рекомендации по ведению беременности с высоким риском преждевременных родов

В 2015 году были изданы рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по мерам, необходимым для улучшения исходов преждевременных родов. По данным Международной федерации гинекологии и акушерства (International Federation of Gynaecology and Obstetrics) в США этот показатель составляет 10%, в Германии 9%, Великобритании 7-8%. Вместе с тем понятно, что оптимальным способом снижения младенческой смертности и заболеваемости в связи с досрочными рождениями было бы снижение частоты самих преждевременных родов.

Для снижения частоты преждевременных родов, с учетом опыта Тюменской области можно выделить две группы мероприятий – организационные и клинические.

Глава 1. Организационные мероприятия

К организационным мероприятиям относится:

- 1) методическая помощь женским консультациям и акушерским стационарам;
- 2) разбор каждого случая преждевременных родов;
- 3) система мониторинга состояния беременных из группы риска;
- 4) экстренный мониторинг беременных в дистанционном консультативном центре областного перинатального центра;
- 5) внедрение «формализованной истории болезни» для преждевременных родов, которая направляется в областной перинатальный центр не позднее 48 часов после того, как они произошли.

Это позволяет не только проанализировать дефекты медицинской помощи, допущенные в конкретной медицинской организации, но и сделать более общие выводы, позволяющие спланировать мероприятия, направленные на предупреждение ошибки в дальнейшем;

- 6) ежемесячные совещания по видеоконференц связи с участием заведующих женскими консультациями, акушерскими стационарами.

Глава 2. Клинические аспекты

К клиническим аспектам относится:

- 1) предгравидарная подготовка;
- 2) формирование групп риска;
- 3) соблюдение клинических рекомендаций;

- 4) своевременность диагностики угрожающих преждевременных родов;
- 5) правильность оценки акушерской ситуации и адекватность решения;
- 6) правильность маршрутизации;
- 7) повышение профессиональных компетенций врачей-акушеров-гинекологов.

Региональная программа обязательного медицинского страхования должна предусматривать оплату преждевременного родоразрешения (код МКБ-10 О 60) в медицинских организациях III группы. Если преждевременные роды произошли в другой медицинской организации, оплата должна проводиться только после того, как эксперты качества подтвердят наличие противопоказаний для перевода пациентки в перинатальный центр III группы.

Глава 3. Факторы риска преждевременных родов (Йоахим В. Дуданхаузен)

Социально-экономический риск	Анамнез	Осложнения беременности
Низкий социально-экономический статус Возраст менее 18 лет или более 35 лет Мать одиночка Курение	Преждевременные роды в предыдущих беременностях Мертворождения Более 2-х выкидышей (спонтанных или искусственных)	Восходящая инфекция Нарушения развития плаценты или ее неправильное положение Патология матки Многоплодие Врожденная аномалия плода

Глава 4. Профилактика преждевременных родов

Профилактика преждевременных родов включает:

- 1) оценка риска преждевременных родов.
Довести до сведения беременной женщины опасность преждевременных родов и риск, с ними связанный;
- 2) необходимость более частых дородовых осмотров. Перевод на легкий труд;
- 3) регулярный самостоятельный контроль влагалищного pH (в преддверии и входе во влагалище при неосложненной беременности pH не выше 4,5).

Бактериальный вагиноз, неспецифический вагинит повышает частоту восходящей инфекции. Инфекция приводит к преждевременному созреванию шейки матки, преждевременному излитию околоплодных вод и преждевременным родам.

Критерии бактериального вагиноза:

- 1) избыточная лейкорея, вагинальные выделения;
- 2) $pH > 4,5$;
- 3) снижение численности молочно-кислых бактерий;
- 4) микроскопия влагалищного отделяемого: патологические бактерии;
- 5) мазок шейки: при выявлении колонизации влагалища - мазок шейки.

Глава 5. Клинические проявления и диагностика угрожающих преждевременных родов

Диагностика и клинические проявления угрожающих преждевременных родов включает в себя:

- 1) анамнез;
- 2) оценка факторов риска;
- 3) индивидуальный график посещения врача;
- 4) симптомы
 - наличие сокращений матки, преждевременное созревание шейки матки;
 - ощущение сокращений – беременная устанавливает факт сокращений матки, до 10 сокращений в сутки считается нормой;
 - при регистрации КТГ – сокращение матки: норма 3 сокращения в 1 час до 30 недель, после 30 недель – до 5 сокращений в 1 час;
 - сокращения Альвареса – слабые, в них отсутствует согласованность, это местные локальные сокращения;
 - сокращения Брекстона Хикса – более сильные и координированные;
 - частота и сила сокращений необходимые для созревания шейки матки, варьирует у разных беременных;
- 5) преждевременное созревание шейки матки
 - Важные признаки:
 - длина шейки матки;
 - консистенция шейки матки;
 - степень расширения канала шейки матки;
- 6) мониторинг женщин с угрожающими преждевременными родами – проведение трансвагинального УЗИ (длину шейки матки измеряют между 22 – 24-ой неделями)
 - длина шейки матки 15 мм и менее говорит об очень высоком риске преждевременных родов в течение нескольких дней;
 - 16-24 мм – повышен риск преждевременных родов;
 - 25 мм и более – низкий риск преждевременных родов;
 - от 30 мм – низкий риск;
- 7) при наличии схваткообразных болей – проведение УЗИ, измерение длины шейки матки повторно;
- 8) цервикальная недостаточность ставиться при отсутствии схваток и тонуса матки, при расширении цервикального канала на 10 мм;

9) созревание шейки матки, происходящее в результате сокращений матки встречается часто и его неоправданно путают с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН);

10) биохимические маркеры преждевременных родов

при отделении хориодецидуальной оболочки высвобождаются белки внеклеточного матрикса, которые обнаруживаются в области шейки и влагалища. Положительный тест на белки в секрете влагалища и шейки указывает на угрожающие преждевременные роды;

11) сочетание трансвагинальной сонографии и определение теста на преждевременные роды – представляет надежный способ диагностики угрожающих преждевременных родов;

12) при угрожающих преждевременных родах необходимо провести оценку состояния плода.

Продление беременности (сокращение матки, преждевременное созревание шейки матки) при достоверной жизнеспособности плода в случае его рождения является противопоказанным, так как в матке плод находится в опасности из-за нарастающей недостаточности плаценты и гипоксии плода.

Глава 6. Лечение угрозы преждевременных родов

Лечебные мероприятия:

1) покой может быть обеспечен выдачей документа, освобождающей от работы;

госпитализация;

постоянное пребывание в постели усугубляет угрозу преждевременных родов, строгий постельный режим не показан;

назначение препаратов прогестерона – снижает частоту преждевременных родов, доза прогестерона интравагинально 100-200 мг/сутки.

2) хирургическое лечение, серкляж показан при истмико-цервикальной недостаточности;

3) эффективность установки пессария не имеет доказательной базы при угрозе преждевременных родов;

4) при высоком риске преждевременных родов показана госпитализация в медицинскую организацию 3-ей группы;

5) целью токолиза (ослабление сокращений матки) является продление беременности на 48 часов. За это время проводят стимуляцию созревания легких плода, а беременную женщину можно перевести в перинатальный центр 3-ей группы

Показаниями являются:

гестационный возраст от 24 до 34 недель;

спонтанные преждевременные схватки – болезненные, легко пальпируемые, продолжительностью 30 секунд и следующие с частотой больше трех в течение каждого полутора часа;

укорочение длины шейки матки по данным трансвагинального УЗИ,
осмотр в зеркалах;
и/или расширение канала шейки матки.

Глава 7. Оформление медицинских документов в женских консультациях, акушерских стационарах у женщин с преждевременными родами

На все преждевременные роды, во всех медицинских организациях должна заполняться формализованная история болезни «Преждевременные роды», которая в течение 48 часов направляется в ГБУЗ Иркутскую областную клиническую больницу областного перинатального центра в соответствии с Приложением 1.

В женской консультации должны использоваться в работе чек-листы в соответствии с Приложениями 2, 3, 4, 5.

Начальник отдела
организации медицинской помощи
женщинам и детям



Т.А. Матысик

Приложение 1

к методическим рекомендациям
по ведению беременности с
высоким риском
преждевременных родов

Формализованная история болезни «Преждевременные роды»

(заполняется на каждый случай родов до 36,6 недель беременности,
в течение 48 часов направляется на адрес dkcirk@mail.ru)

Фамилия ИО: _____ Дата родов: _____

Время поступления в стационар _____ Время родов _____

Место регистрации (по паспорту) (подчеркнуть): город ИО; село (ИО); иногородняя; нет гражданства РФ

Возраст:	До 18 лет	18-20	21-25	26-30	31-35	36-40	Свыше 40

Место родов:	дорожные	домашние	ЛПУ I уровня	ЛПУ II уровня	ЛПУ III уровня

Не переведена на 3 уровень по причине	Отслойка плаценты	Дистресс плода	Активная фаза I периода родов (указать раскрытие шейки матки на момент поступления)	II период родов

Прочие нетранспортабельные состояния со стороны матери (указать) _____
_____, со стороны плода (указать) _____

Консультация по ДКЦ ОПЦ (подчеркнуть): проводилась; не проводилась

Поступила	транспортировка из МО I уровня	транспортировка из МО II уровня	самообращение	ССМП	Из ОПБ ПЦ

Метод родоразрешения (подчеркнуть): самостоятельные роды; индуцированные самостоятельные роды; кесарево сечение

Показания к кесареву сечению	Отслойка плаценты	Тазовое предлежание плода	Поперечное положение плода	Дистресс плода	Рубец на матке	ПЭ тяжелая	СЗРП	Аномалии родовой деятельности	Хориоамнионит	ЭГЗ	ЭКО	Многоплодная беременность

Количество плодов (подчеркнуть): один; два; три; более трех.

Срок гестации (в неделях):	22-23,6	24-25,6	26-27,6	28-29,6	30-31,6	32-33,6	34-36,6

Вес плода	500-750	751-999	1000-1499	1500-1999	2000-2499	≥2500

Рост плода: _____ см. Продолжительность родов: _____ час _____ мин. Безводный промежуток: _____ час _____ мин.

Ребенок (подчеркнуть): живой; мертвый; интранатальная гибель плода; антенатальная гибель плода.

Обезболивание родов	самостоятельные роды			кесарево сечение	
	не проводилось	эпидуральная анестезия	наркотические анальгетики	СМА	ЭТН

А/Б профилактика во время ПР: ☐ - проведена; ☐ не проведена.

Причина ПР	Многоплодная бер.	ПРПО	ИЦН	Отслойка плаценты	тяжелая ПЭ	Дистресс плода	СЗРП	родовая деятельность	антенатальная гибель плода	инфекция	ЭГЗ

Прочие причины ПР _____

Токолиз при ПР:	не проводился		проводился					
	забыли	не показан	гинипрал	атозибан	нифедипин	гинипрал + нифедипин	гинипрал / атозибан	нифедипин / атозибан

Эффективность токолиза (подчеркнуть): эффективен; неэффективен.

Место токолиза	при транспортировке	ЛПУ I уровня	ЛПУ II уровня	ЛПУ III уровня

Консервативно-выжидательная тактика (при ПРПО): ☐ - проводилась, _____ кол-во часов;
☐ - не проводилась. ☐ - не показана.

Профилактика СДР	не проводилась			проводилась			
	забыли	нет условий	не показана	полная (48 часов и более от 1 инъекции)	неполная (24- 48ч от 1 инъекции)	неполная (менее 24ч от 1 инъекции)	Повторная (срок гестации при 1 курсе)

Нейропротекция (магния сульфат)	не проводилась			проводилась	
	забыли	нет условий	не показана		

Место наблюдения по беременности _____

Первая явка:	Не наблюдалась	до 12 нед	12-22 нед	≥22нед

Группа риска по ПР:

Не выявлена	ПР в анамнезе	Медаборт по желанию	выкидыш регресс	ИЦН в анамнезе	рубец на матке	5 и более родов в анамнезе	клиническ ие признаки ПР	укорочение шейки матки (менее 25 мм)	пролабирова ние плодного пузыря	травмы или операции на шейке матки в анамнезе

Факторы риска ПР:

не выяв лены	нежела тельная береме нность	куре ние	хронические ЭГЗ в стадии де- или субкомпенса ции	низкий ИМТ (менее 18)	низкий социально- экономичес кий статус	ЭКО	межгестаци онный период 18 мес и менее	инфекция мочевыводящих путей		ЗППП (сифилис, гонорея, хламидиоз)	травмы и хирургические вмешательства во время беременности
								ББУ	прочие		

Коррекция ИЦН

Нет данных	Признаков ИЦН нет	ИЦН не диагностиро вано	акушерский пессарий	церкляж (швы на шейку/м.)	акушерский пессарий + церкляж	микронизирован ный прогестерон	коррекция ИЦН эффективна	коррекция ИЦН не эффективна

Обследование
на ББУ

Нет данных	выявлена ББУ		не выявлена ББУ		не обследована на ББУ	
	в ОАМ	бак.посев мочи	в ОАМ	бак.посев мочи	ОАМ	бак.посев мочи

Антибактериальная
терапия

Нет данных	проведена		не проведена		не показана
	при выявленной ББУ	при прочих заболеваниях	при выявленной ББУ	при прочих заболеваниях	

Назначение
гестагенов

Нет данных	выполнено (название препарата, доза препарата, срок гестации с ... по... недель)	не выполнено	нет показаний

Проведение
цервикометрии
(трансвагинально)

Нет данных	выполнено (указать все исследования со сроком гестации и длиной сомкнутой части шейки матки)	не выполнено исследование	нет показаний для исследования

Антиникотиновая программа (подчеркнуть): проводилась; не проводилась; не показана; нет данных.

Обследование
на сифилис

Нет данных	обследование не проведено	обследование проведено		антибактериальная терапия		
		выявлено	не выявлено	проведено	не проведено	нет показаний

Обследование на
гонорею
(бак.исследование)

Нет данных	обследование не проведено	обследование проведено		антибактериальная терапия		
		выявлено	не выявлено	проведено	не проведено	нет показаний

Обследование на
бак. вагиноз

Нет данных	обследование не проведено	обследование проведено		антибактериальная терапия		
		выявлено	не выявлено	проведено	не проведено	нет показаний

Сопутствующие
ЭГЗ

АГ	сахарный диабет				ВИЧ	Ожирение	Гипотиреоз	Прочие	
	1	2	гестационный						
	тип	тип	на инсулине	на диете					

Ф.И.О., должность заполнившего карту _____

Дата _____

Ф.И.О. проверившего карту _____

Приложение 2
к методическим рекомендациям по
ведению беременности с высоким
риском преждевременных родов

ЧЕК-ЛИСТ
Преждевременные роды

Факторы риска в день взятия на учет

Возраст 16 лет и ниже	☐	Аномалии развития матки	☐
Возраст 35 лет и старше	☐	Преждевременные роды в анамнезе	☐
Низкий социально-эконом уровень	☐	Многоплодная беременность	☐
Курение	☐		

Факторы риска - сразу при получении анализов

Бактериальный вагиноз (БВ) pH >4,5; «ключевые клетки»	☐	Аэробный вагинит (АВ) (<i>Escherichia coli</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Staphylococcus</i> и др.) ph>6-7,5, >10 лейкоцитов к 1 эпителиальной клетке в п.з.)	☐
Вульвовагинальный кандидоз (ВВК)	☐	Бессимптомная бактериурия (ББУ)	☐

Факторы риска ранних преждевременных родов

Привычное невынашивание	☐	Беременность после ВРТ	☐
Тяжелая экстрагенитальная патология	☐	ИЦН	☐

Действия

Консультация в МО III группы до 22 недель (при факторах риска ранних ПР)	☐	Посев из влагалища при первой явке Посев из цервикального канала при первой явке	☐
Индивидуальный план ведения	☐	Микроскопия мазка при 1 явке	☐
Посев мочи при первой явке	☐	Скрининг УЗ цервикометрия	☐
При ИЦН:		При ИМВП:	
Чек лист ИЦН	☐	Чек лист инфекция	☐

Лечение

При длине шейки матки (УЗ цервикометрии) менее 25мм при II скрининге (18-20 недель)			
Препараты прогестерона			☐
Акушерский пессарий			☐
Серкляж			☐

ЧЕК-ЛИСТ Диагностика и лечение мочеполовой инфекции при беременности

1. Обследование (в день взятия на учет – до 7 дней)

Осмотр в зеркалах	☐	Бакпосев из задн. свода влагалища (по показаниям)	☐
Мазок из цервикального канала	☐	Хламидии (ПЦР)	☐
из уретры	☐	Фемофлор 17 (по показаниям, средства пациентки)	☐
из верхн. трети бок. свода влагалища	☐	ОАМ	☐
Рн-метрия влаг. содержимого	☐	Бакпосев мочи	☐

2. Оценка результатов (сразу при получении анализов)

Диагноз:

Бактериальный вагиноз (БВ) рН >4,5; «ключевые клетки»	☐	Аэробный вагинит (АВ) (<i>Escherichia coli</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Staphylococcus</i> и др.) рН >6-7,5, >10 лейкоцитов к 1 эпителиальной клетке в п.з.)	☐
Вульвовагинальный кандидоз (ВВК)	☐	Бессимптомная бактериурия (ББУ)	☐
Лечение не показано	☐	Другое заболевание	☐

3. Лечение

БВ До 12 нед. 1-й этап Хлоргексидин 16 мг <i>per vag.</i> по 1 суппозиторию 2 раза в день в течение 10 дней и/или Молочная кислота 100 мг <i>per vaginam</i> по 1 суппозиторию 1 раз в день в течение 10 дней 2-й этап Лактобактерии (<i>Lactobacillus casei</i> <i>rhamnosus Doderleini Lcr-35</i>) <i>per vaginam</i> по 1 ваг. капс. 2 р. в день в течение 7 дней или по 1 вагин. капс. 1 раз в день в течение 14 дней После 12 нед. Метронидазол 250 мг 3 раза в день <i>per os</i> 7 дней или Вагинальный 1% гель метронидазола – 2 раза в сутки (5 дней) или клиндамицин 2% вагин. крем – 1 раз в сутки (7 дней)	☐	АВ (после 12 нед.) неомицин+нистатин+полимиксин В (10 дней) или неомицин+нистатин+тернидазол+пред- низолон (10 дней) Клиндацин Б пролонг (3 дня) ВВК До 12 нед – натамицин (100 мг) по 1 вагин. суппозиторию в течение 6 дней. После 12 нед - интравагинальное применение итраконазола, кетоконазола, клотримазола, сертаконазола, тиокона- зола, циклопирокса, эконазола (по инструкции). ББУ Антибактериальная терапия проводится после подтверждения ББУ повторным бак.посевом через 5-7 дней ($\geq 10^5$ КОЕ/мл) и в соответствии с чувствительностью к м/о	☐
--	--------------------------	---	--------------------------

4. Контроль излеченности (через 2 недели после окончания лечения)

☐

При цервиковагинальной инфекции:		При ИМВП:	
Осмотр в зеркалах	☐	ОАМ	☐
Мазки из 3-х точек	☐	Бакпосев мочи	☐
Rh-метрия влаг. содержимого	☐		
Бакпосев из задн. св.влагалища (по показаниям)	☐		

Приложение 4
к методическим рекомендациям
по ведению беременности с
высоким риском
преждевременных родов

ЧЕК-ЛИСТ

Диагностика истмико-цервикальной недостаточности

Факторы риска (анамнез) - в день взятия на учет

Поздний самопроизвольный выкидыш	☐	Аномалии развития матки	☐
Преждевременные роды	☐	Два и более вмешательства с расширением ц/к	☐
Преждевременный разрыв плодных оболочек (ранее 32 недель)	☐	Не восстановленные разрывы шейки матки	☐
Недостаточность лютеиновой фазы	☐	Оперативные вмешательства на шейке матки	☐
Избыточная масса тела, ожирение	☐	Наследственность	☐
Железодефицитная анемия	☐	Дисплазия соединительной ткани	☐
Коллагенозы и системные васкулиты	☐	Хронический эндометрит	☐

Факторы риска при данной беременности

Многоплодие	☐	Дисбиоз половых путей, вагинальные инфекции любого генеза	☐
Многоводие	☐	Воспалительные заболевания МВС	☐
ЭКО	☐		

Группа риска - диагностика при каждом посещении

Дата									
Ощущение давления, распираания, ноющие боли									
Дискомфорт внизу живота, пояснице									
Слизистые выделения из влагалища									
Осмотр в зеркалах									
анатомия, состояние наружного зева									
характер выделений из ц/к и влагалища									
забор материала на исследование									
при подозрении на ПРПО									

Группа риска - трансвагинальная УЗ цервикометрия в сроки:

15-16 недель	☐	21-22 недели	☐
17-18 недель	☐	23-24 недели	☐
19-20 недель	☐		

ВСЕМ! Трансвагинальная УЗ цервикометрия во II скрининге ☐

Критерии диагноза

Бессимптомное укорочение длины сомкнутой части ц/к менее 25мм	☐
Дилатация ц/к более 10 мм на всем протяжении	☐

Стратегия при ИЦН

При ОАА (потери беременности в поздние сроки, преждевременные роды)	серкляж	☐
При отказе от серкляжа –	цервикометрия 1 раз в 7 дней	☐
При отсутствии факторов риска	вагинальный прогестерон	☐
Двойня, длина менее 25 мм	прогестерон+акушерский pessary	☐
Консультация заведующего ЖК плановая	До 12 недель, 20 недель	☐
Консультация в МО III уровня	12-16 недель	☐

Не рекомендуется совместное применение серкляжа и акушерского pessary!

Приложение 5
к методическим рекомендациям по
ведению беременности с высоким
риском преждевременных родов

ЧЕК-ЛИСТ
Профилактика и прогнозирование преэклампсии

Факторы риска преэклампсии		Ранняя диагностика:	
первая беременность	☐	индивидуальный план осмотров	☐
повторнородящие:		самоконтроль АД	☐
преэклампсия в анамнезе	☐	контроль гемоглобина, гематокрита, подсчет	
перерыв в родах 10 лет и более	☐	тромбоцитов (каждые 14-30 дней)	☐
возраст более 35 лет:		доплерометрия с расчетом ПИ маточной артерии	
первобеременные	☐	в 20-24 недели	☐
повторнобеременные	☐		
избыточный вес/ожирение/ИМТ более 25 кг/м ²	☐		
	☐	анализ мочи к каждому визиту	☐
семейный анамнез			
ДАД 80 мм рт.ст.	☐		
Протеинурия при постановке на учет	☐		
многоплодная беременность	☐		
экстрагенитальные заболевания:			
ХАГ	☐		
заболевания почек	☐		
коллагенозы	☐		
заболевания сосудов	☐		
СД	☐		
АФС	☐		
РАРР-А сниженный в I триместре	☐		
АФП повышенный во II триместре	☐		

Профилактика в группе риска:

Препараты аспирина с 12 недель ☐

доза 75 мг ☐ доза 150 мг ☐

Информированное согласие ☐