

[ссылка на документ](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=RGF3v81iEivDYwxPtNNW9g%3d%3d)

*(редакция № 3 на 7 апреля 2020 г.)*

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ПРИКАЗ**

**от 15 июня 2012 г.**
**№ 317**

**Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи**

Зарегистрирован Министерством юстиции
Приднестровской Молдавской Республики 19 июля 2012 г.
Регистрационный № 6064

В соответствии с [Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 10 февраля 2012 года № 6 "Об утверждении Положения, структуры и предельной численности Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики"](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=q4vKkZQ0libu%2fLDY%2fhTqkQ%3d%3d)  (САЗ 12-8), [Законом Президента Приднестровской Молдавской Республики № 71-З-V от 16 мая 2012 года](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=wfKjav9dkhrLDjgd2lbf%2fg%3d%3d) "Об охране репродуктивного здоровья граждан и о планировании семьи" (САЗ 12-21), [Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-З "Об основах охраны здоровья граждан"](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=JW%2bafXG3JtTtNuArTh84fA%3d%3d)  (СЗМР 97-1) с изменениями и дополнениями, внесенными [законами Приднестровской Молдавской Республики от 30 ноября 2000 года № 365-ЗИ](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=rYYLXPLdj0q%2bNCuX1oRfIw%3d%3d) (СЗМР 00-4); [от 10 июля 2002 года № 152-ЗИД-III](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=89NGSX2A7B4d9qV8vk8HbQ%3d%3d)  (САЗ 02-28,1); [от 29 апреля 2003 года № 271-ЗИД-III](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=aYXz10REDLLL%2fOKxFqr4Kg%3d%3d)  (САЗ 03-18); [от 30 июля 2004 года № 453-ЗИ-III](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=BKtWRwuJIWIA9%2fWy692oeA%3d%3d) (САЗ 04-31); [от 10 марта 2006 года № 9-ЗИД-IV](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=P2CsfOU2LgjqK%2fytljS0yw%3d%3d) (САЗ 06-11); [от 19 октября 2009 года № 885-ЗИД-IV](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=LOVUaCnsF7RoHANCCi0RTw%3d%3d)  (САЗ 09-43); [от 30 декабря 2009 года № 931-ЗИ-IV](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=rnUojV8SMJeBt8ZVRIN0VQ%3d%3d)  (САЗ 10-1), в целях повышения качества оказания акушерско-гинекологической помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, приказываю:

1. Утвердить Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи (Приложение к настоящему Приказу).

2. Признать утратившим силу [Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 8 февраля 2011 года № 70 "Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи"](https://pravopmr.ru/View.aspx?id=DY7x47JzUWRkzFsufMF2dQ%3d%3d) (регистрационный № 5552 от 4 марта 2011 года) (САЗ 11-9).

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики - Бурчу К.Г.

4. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем официального опубликования.

**Министр В. Гуменный**

г. Тирасполь
15 июня 2012 г.
№ 317

Приложение к Приказу Министерства
здравоохранения и социальной защиты
Приднестровской Молдавской Республики
от 15 июня 2012 г. N 317

# Порядококазания акушерско-гинекологической помощи

## 1. Общие положения

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания акушерско-гинекологической помощи.

2. Действие настоящего Порядка распространяется на организации, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь.

3. Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения на бесплатной основе.

## 2. Порядок оказания медицинской помощиженщинам в период беременности

4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

а) первый - амбулаторный, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами или медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов.

При наблюдении беременной женщины медицинским работником фельдшерско-акушерского пункта обеспечивается консультативный осмотр женщины врачом акушером-гинекологом, не менее 8 (восьми) раз за время беременности.

В случае возникновения осложнения течения беременности, женщине должна быть обеспечена консультация врача акушера-гинеколога и. при необходимости, врача специалиста по профилю заболевания;

б) второй - стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) организации здравоохранения республики.

5. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

6. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся за весь период беременности:

а) врачом-акушером-гинекологом, или медицинским работником фельдшерско-акушерского пункта - не менее 8 (восьми) раз;

б) врачом терапевтом не позднее 7-10 дней после первичного обращения, необходимость повторного визита определяет врач-терапевт;

в) врачом - оториноларингологом, врачом - офтальмологом - согласно рекомендациям врача - терапевта;

г) другими специалистами - согласно рекомендациям врача-терапевта.

7. Скрининговое ультразвуковое исследование плода проводится два раза: при сроках беременности 10-14 недель, 18-21 неделя.

8. Во время беременности в обязательном порядке врачом назначаются лабораторные обследования:

а) анализ крови (при первой явке и в 30 недель), в том числе содержание гемоглобина;

б) анализ мочи, посев средней порции мочи;

в) при резус положительной крови отца ребенка титр антител в 28, 32, и 36 недель беременности;

г) анализ крови на RW (при первой явке, в 30 недель);

д) анализ крови на ВИЧ (при первой явке, в 30 недель);

е) влагалищный мазок - при клинических симптомах воспалительного процесса;

ж) бактериология влагалищного содержимого в 36 недель - не рекомендована;

з) обследование HBsAg (при первой явке в крови у не вакцинированных);

е) анализ крови на анти - ВГС - не рекомендован.

По показаниям проводится забор крови для биохимического скрининга рекомендуемых лабораторных обследований:

а) анализ крови на альфафетопротеин (АФП) (в 16-20 недель). Предлагать при наличии в медицинском учреждении, и консультировании;

б) хорионический гонадотропин человеческий (ХГЧ) в динамике до 12 недель. Предлагать при наличии в медицинском учреждении, и консультировании;

в) TORCH - комплекс (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирусная и герпесвирусная инфекции) - по показаниям. Скрининг на краснуху всем при первом посещении, не имеющим документального подтверждения о вакцинации;

г) проведение пробы Манту беременным с высоким риском туберкулеза;

д) рентгенография грудной клетки при подозрении на туберкулез вне зависимости от срока беременности.

9. При постановке беременной женщины на учет, в соответствии с заключениями профильных специалистов, врачом акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности, с учетом состояния беременной женщины и плода, делается врачом акушером-гинекологом до 22 недель беременности.

При наличии показаний для искусственного прерывания беременности, с согласия женщины, осуществляется направление беременной в гинекологическое отделение организации здравоохранения, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе и реанимационной) помощи женщине, (при наличии специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности), в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

10. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, а в их отсутствие - в соответствии со сложившейся медицинской практикой и на основе современных представлений медицинской науки.

11. При угрожающем аборте лечение беременной женщины осуществляется в специализированных отделениях или на специализированных койках организаций здравоохранения, ориентированных на сохранение беременности.

12. Плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение осуществляют врачи акушеры-гинекологи амбулаторно-поликлинических организаций (подразделений больниц) с учетом степени риска возникновения осложнений в родах. Плановая госпитализация в организацию родовспоможения более высокого уровня осуществляется по направлению районного врача акушера-гинеколога либо заместителя главного врача лечебно-профилактической организации здравоохранения.

13. При экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в профильное отделение организации здравоохранения в сроках до 36 недель беременности, при условии совместного наблюдения и ведения врачом специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом. Исключение составляют воспалительные заболевания мочевыделительной системы (госпитализация в специализированные отделения или на специализированные койки организаций здравоохранения, ориентированных на сохранение беременности) и инфекционные заболевания (госпитализация в инфекционные отделения).

При наличии акушерской патологии беременная женщина госпитализируется в организацию родовспоможения (перинатальный центр, акушерское отделение).

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в организации здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

14. В случаях угрожающего прерывания беременности и преждевременных родов после 26 недель беременности госпитализация женщины осуществляется в организацию родовспоможения (перинатальный центр, акушерское отделение), где имеется отделение реанимации новорожденных в следующих случаях:

а) при неэффективности лечения;

б) при выраженной симптоматике - начавшиеся преждевременные роды.

15. При сроке беременности 25 недель и более, при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии, госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в организациях родовспоможения (перинатальный центр, акушерское отделение), имеющих отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

16. При наличии тяжелых врожденных пороков плода и невозможности оказания необходимой помощи в организациях здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики беременная женщина направляется для получения высокотехнологичной медицинской помощи за пределы республики в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

17. Беременные группы высокого риска подлежат обязательному консультированию заведующим женской консультацией по месту жительства пациентки, районным врачом акушером-гинекологом либо заместителем главного врача лечебно-профилактического учреждения, после проведения первичного обследования либо после выявления патологии, в том числе:

а) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 16 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, перинатальные потери, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос);

б) с тяжелой экстрагенитальной патологией, наркоманией у одного или обоих супругов;

в) с выявленными осложнениями беременности: гипертензивные расстройства, иммунологический конфликт (Rh и АВО изосенсибилизация), анемия тяжелой степени, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарная недостаточность, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, ЭКО, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков, с выявленной патологией развития плода.

При необходимости беременные женщины направляются на консультацию в Республиканский центр репродуктивного здоровья и планирования семьи либо для дообследования в стационар организации родовспоможения 3-го уровня.

18. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности и родов, на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей специалистов, врачом акушером-гинекологом. формулируется полный клинический диагноз и определяется организация здравоохранения для планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом об организации здравоохранения, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально.

19. Определение акушерской тактики, места родоразрешения и показаний для наблюдения врачами специалистами по профилю заболевания производится в организациях здравоохранения по месту жительства. При невозможности решения данного вопроса беременные женщины направляются на консультацию в Республиканский центр репродуктивного здоровья и планирования семьи. либо для дообследования в стационар организации родовспоможения 3-го уровня.

3. Трехуровневая система оказания акушерской
стационарной медицинской помощи

20. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовом периоде оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения.

21. С целью оказания доступной и качественной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, организации родовспоможения разделены на уровни, позволяющие предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения, в зависимости от срока беременности, состояния беременной/роженицы и новорожденного, степени риска возникновения осложнений, с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами организаций здравоохранения.

22. Уровни организаций родовспоможения:

а) 1-й уровень - обеспечивает медицинскую помощь женщинам с минимальным риском в период беременности и с физиологическими родами в срок (38-41 недель), уход за новорожденным с массой при рождении 2500 грамм и более.

На этом уровне предусматривается родильный зал для физиологических родов;

б) 2-й уровень - обеспечивает медицинскую помощь женщинам с умеренным риском в период беременности и родами на 32-37 неделе, уход за новорожденными с массой 2000-2500 грамм.

На этом уровне предусматриваются родовые отделения, отделение патологии беременных, отделение реанимации для новорожденных с массой от 2000 грамм;

в) 3-й уровень - обеспечивает медицинскую помощь с высоким риском в период беременности и родами на 28-32 неделе, уход за новорожденным с массой при рождении ниже 2000 грамм.

На этом уровне, дополнительно к родовому отделению, предусматривается функционирование отделения патологии беременных, анестезиологии и реанимации для беременных, родильниц, рожениц, и для новорожденных, отделения патологии новорожденных, а также обеспечение транспортирования в системе мать-плод (далее - "in utero") и транспортирования недоношенных новорожденных с массой ниже 1500 грамм, с патологическими состояниями, родившихся на других уровнях перинатальной службы.

23. В случае необходимости, беременная женщина, роженица, родильница должна быть госпитализирована в организацию родовспоможения соответствующего уровня согласно критериям риска.

24. Показаниями для направления беременных женщин в организацию 1-го уровня (низкая степень риска) являются:

а) отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии у беременной женщины;

б) отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (гестоз, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);

в) отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;

г) отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного;

д) анемия I-II степени;

е) умеренное многоводие;

ж) компенсированная патология дыхательной системы (пневмония, бронхиальная астма, бронхоэктазия, рецидивирующие хронические бронхиты, неспецифические легочные заболевания без дыхательной недостаточности);

з) рецидивирующие хронические пиелонефриты без нарушения функции;

и) тазовое положение плода после 34 недель;

к) первородящие в возрасте 35 лет и старше при отсутствии акушерской экстрагенитальной патологии.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в организацию родовспоможения второго и третьего уровня в плановом порядке.

25. Показаниями для направления беременных женщин в организации 2-го уровня (средняя степень риска) являются:

а) пороки сердца без декомпенсации;

б) гломерулонефрит;

в) переношенная беременность;

г) поперечное положение плода после 34 недель;

д) низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 32-34 недель;

е) мертворождение в анамнезе (гибель плода, антенатальная и неонатальная смерть или преждевременные роды в анамнезе после консультации врача-генетика);

ж) многоплодная беременность;

з) рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца (акушерские или гинекологические операции на матке в анамнезе);

и) сложный акушерский анамнез (привычное недонашивание, цервикальная недостаточность, бесплодие, рождение детей с тяжелыми аномалиями);

к) беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

л) диагностированное многоводие, маловодие;

м) преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности более 32 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме;

н) плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного роста плода I-II степени;

о) угроза прерывания беременности в I-II триместрах в случае неэффективного лечения на 1-м уровне перинатальной помощи;

п) гестозы средней степени тяжести в случае положительного эффекта проведенного лечения;

р) генетическое заболевание в семье;

с) резус изосенсибилизация без высокого титра антител;

т) предлежащая плацента;

у) анемия II- III- й степени;

ф) гипертоническая болезнь 1-2-й степени;

х) артериальная гипертензия, обусловленная беременностью;

ц) злоупотребление алкоголем, курением, наркотическими веществами, другими лекарствами;

ч) заболевания печени в стадии компенсации;

ш) эпилепсия,

щ) злокачественные новообразования в анамнезе;

ы) перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника.

26. Показаниями для направления беременных женщин в организации 3-го уровня (высокая степень риска) являются:

а) преждевременные роды, включая преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

б) тяжелые гестозы, среднее прогрессирование или неэффективное лечение токсикозов на 2-м уровне (отсутствие эффективности лечения в течение 5-7 дней);

в) гепатоз беременных;

г) кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

д) рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

е) любой рубец на матке при локализации плаценты в области послеоперационного рубца;

ж) задержка внутриутробного роста плода II-III степени;

з) изоиммунизация при беременности (беременность с резус-несовместимостью с высоким титром антител);

и) наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции (аномалии в развитии плода);

к) метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

л) неиммунная водянка плода;

м) острое много- и маловодие;

н) заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

о) экстрагенитальные заболевания с декомпенсацией или неэффективностью проведенного лечения:

1) тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

2) заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

3) диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

4) заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

5) заболевания почек и мочевых путей (гломерулонефрит, рецидивирующие хронические пиелонефриты или другие заболевания в случае неэффективности лечения на II-м уровне);

6) заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

7) эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

8) заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

9) заболевания нервной системы (рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

10) миастения;

11) злокачественные новообразования вне зависимости от локализации;

12) сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

27. Организация перенаправления/транспортирования беременных женщин, плода "in utero" и неонаталъное транспортирование является обязанностью руководителя организации здравоохранения, из которой производится перенаправление/транспортировка. Решение о необходимости перенаправления/транспортирования принимается по представлению районного врача акушера-гинеколога или заместителя главного врача.

28. Организация здравоохранения, в которую производится перевод, должна быть заранее проинформирована о данном случае заместителем главного врача, районным врачом акушером-гинекологом либо ответственным дежурным врачом организации здравоохранения, из которой транспортируется женщина. Каждое родовое отделение должно располагать телефонной линией, которая позволит получить незамедлительный доступ к организации здравоохранения высшего уровня.

29. Муж/партнер (или близкие родственники) должны быть проинформированы о причинах перенаправления и ожидаемых преимуществах; обсуждается возможность сопровождения беременной женщины близким человеком. Перед проведением неонатального транспортирования проводится собеседование с родителями ребенка, объясняются причины его перевода, с предоставлением разъяснений о том, что происходит с их ребенком, и в какой центр его переводят.

30. Транспортирование беременных женщин на высший уровень должно осуществляться в специализированной машине скорой помощи.

31. Транспортирование плода "in utero" и неонаталъное транспортирование осуществляется в специализированном, специально оснащенном санитарном транспорте по линии отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи. Транспортирование плода "in utero" осуществляется в случае, если ожидаются преждевременные роды или существуют другие риски. Главной целью перевода плода/новорожденного в неотложных случаях является обеспечение оптимального ухода в ситуациях, когда его здоровье и/или жизнь подвергается опасности.

32. Показания для неонатального перевода на III-й уровень:

а) дети с низкой массой при рождении, в особенности менее 32-33 недель, страдающие острым нарушением дыхания и другими осложнениями, связанными с преждевременным рождением;

б) дети с тяжелым нарушением дыхания, нуждающиеся в искусственной вентиляции легких;

в) дети с тяжелыми врожденными пороками, нуждающиеся в операции, или страдающие другими специфическими заболеваниями, которые требуют специального и интенсивного ухода;

г) дети с внутриутробной инфекцией;

д) дети с тяжелой асфиксией и гипоксией;

е) дети с врожденными пороками сердца и выраженной симптоматикой;

ж) дети с тяжелыми нарушениями обмена веществ;

з) дети с полностью парентеральным питанием;

и) дети с вспомогательной вентиляцией более 24 часов.

Состояние ребенка должно быть стабилизировано до транспортирования.

33. Организация здравоохранения, из которой производится перенаправление/транспортирование, заполняет сопроводительный лист, содержащий следующую информацию:

а) данные о матери;

б) имя и фамилия, телефон врача, инициирующего транспортирование;

в) имя и фамилия консультанта запрошенного врачом, инициирующим транспортирование;

г) адрес и телефон организации родовспоможения, принявшей решение о перенаправлении новорожденного или беременной женщины на соответствующий уровень;

д) основные показатели состояния беременной или ребенка до, во время и после транспортировки.

34. Во время транспортирования проводится мониторинг состояния (частота мониторинга зависит от состояния и решения сопровождающего лица), обязательно ведется запись о:

а) состоянии (показатели жизненно важных функций организма, насыщение кислородом и т.д.);

б) осуществляемых процедурах;

в) переносимости процесса транспортирования.

35. Во время транспортирования ребенка в учреждение высшего уровня необходимо учитывать риск переохлаждения новорожденного. Поддержание оптимальной тепловой среды является одним из важнейших аспектов транспортирования новорожденного, поэтому во время транспортирования рекомендуется использовать транспортные инкубаторы с электрическим подогревом. Перед транспортированием ребенка согревают в течение 2-6 часов, пока его ручки и ножки не станут такими же теплыми, как и другие части тела. Если температура тела ребенка ниже 36°С, он должен быть согрет.

36. Персонал, сопровождающий ребенка, должен обладать навыками неонатальной реанимации.

4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам
в период родов и в послеродовом периоде

37. На всех уровнях перинатальной медицинской помощи обеспечивается соблюдение противоэпидемического режима в родовых и послеродовых палатах, а также в подсобных помещениях в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

38. Оказание акушерской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам, больным СПИДом проводится в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

39. При госпитализации беременная, роженица, родильница предоставляет:

а) обменную карту;

б) направление-выписку, выданное врачом акушером-гинекологом по месту жительства, центра репродуктивного здоровья и планирования семьи перинатального центра, или женской консультацией;

в) документ, удостоверяющий личность.

40. Для каждой беременной, роженицы, родильницы, госпитализированной в организацию здравоохранения, оформляется медицинская документация: история родов, одновременно с регистрацией в журнале учета госпитализации беременных, рожениц и родильниц. На каждого ребенка, родившегося в организации родовспоможения, заполняется история развития новорожденного.

41. В случае если беременная не находилась на учете и госпитализируется в стационар непосредственно при родах, проводится забор крови из вены на RW, ВИЧ, взятие мазка на патогенную флору, определяется группа крови и резус-фактор, общий анализ крови, общий анализ мочи, другие исследования по необходимости.

42. При поступлении в приемный покой организации здравоохранения беременная женщина (роженица) госпитализируется в отделение патологии беременности, родовой блок, родильные отделения по показаниям.

43. При оказании специализированной медицинской помощи женщине во время родовой деятельности, родов и в послеродовой период, соблюдаются следующие принципы:

а) женщина должна быть проинформирована о составе бригады, и о порядке сотрудничества членов данной бригады;

б) при госпитализации каждая женщина должна быть проинформирована о преимуществах психоэмоциональной поддержки;

в) решение об индукции родовой деятельности ранее полных 41 недель беременности принимается консультативно только при наличии показаний;

г) каждой женщине разрешен выбор лица, осуществляющего ее психоэмоциональную поддержку во время родовой деятельности, этим лицом может быть муж, партнер или кто-то один из близких членов семьи;

д) независимо от присутствия или отсутствия поддерживающего лица во время родов, постоянное присутствие медицинского работника (акушерки или врача) является решающим фактором для результатов родов. Цель должна состоять в том, чтобы каждой роженице обеспечивалась помощь индивидуальной акушерки для активной родовой деятельности и родов, до окончания раннего послеродового периода. Там, где существующий штат не позволяет соблюдение данного условия, должны применяться гибкие схемы вовлечения персонала в интранатальный уход;

е) помимо постоянного физического присутствия ухаживающего лица, поддержка во время родовой деятельности и родов должна включать целый спектр мероприятий: физическая поддержка (меры по формированию комфортного состояния, такие как массажи, прикосновение, холодные или теплые компрессы и т.д.); эмоциональная поддержка (подбадривание, уверение в успехе родов); информационная поддержка (инструкции, информация и рекомендации) и защита (защита интересов женщины при общении с другими членами бригады);

ж) в случае наличия медицинских показаний или желания женщины применять обезболивание при родах, в обязательном порядке должны быть обсуждены преимущества и риски каждого метода, как можно быстрее после госпитализации. Согласие женщины должно быть оформлено письменно.

з) стимулирование родовой деятельности должно осуществляться по строгим показаниям, согласно партограмме;

м) эпизиотомия проводится только в случаях, когда необходимо ускорить роды из-за опасений за состояние плода.

н) действия по защите промежности не могут иметь приоритет над выбором положения при родах, которое делает невозможным их применение;

о) высвобождение головы и внутренняя ротация плеч без помощи акушерки;

п) перевязка пуповины по окончанию первой минуты после рождения; (кроме медицинских показаний - резус-конфликт и т д.).

р) содержимое дыхательных путей ребенка отсасывается, только если в амниотической жидкости присутствуют частицы мекония, или если новорожденному трудно вычистить выделения из верхних дыхательных путей. Ларингоскопия и интубация должны применяться только в случае нарушения дыхания;

с) активное ведение 3-го периода родов должно считаться методом выбора, и осуществляться согласно протоколу.

т) после родов в роддоме всем роженицам с Rh (-) (отрицательный резус фактор) при отсутствии противопоказаний вводится анти-D-иммуноглобулин с целью профилактики гемолитической болезни

у) сразу после рождения, ребенку необходимо обеспечить контакт кожа-к-коже с мамой, с соблюдением всех шагов "тепловой цепочки".

В случае медицинских показаний, касающихся состояния новорожденного, или, если мать не может принять новорожденного к себе на живот сразу после рождения, ребенка необходимо разместить под источник лучистого тепла. В таких случаях, если новорожденный будет находиться под нагревателем больше 10 минут, необходимо обеспечить контроль температуры, для того чтобы удостовериться, что ребенок не перегрелся.

Осуществление специфических мер, таких как прикрепление идентификационных полос, назначение витамина "К" и другие профилактические мероприятия, должны осуществляться, когда ребенок находится с матерью;

ф) другие процедуры для новорожденных (взвешивание, уход за пуповиной, обследование врачом неонатологом), кроме неотложных случаев, производятся в родильном зале с соблюдением принципов "тепловой цепочки". Первородная смазка с кожи ребенка при рождении не стирается.

х) профилактика гонобленнореи должна проводиться сразу после рождения ребенка 20%-30% раствором альбуцида или через час после рождения ребенка 1% тетрациклиновой мазью.

ц) матери должны поощряться к кормлению младенца грудью как можно раньше (30 мин. - 1 час после рождения), как только ребенок будет выражать готовность и желание, ища грудь;

ш) необходимо принимать следующие меры по предупреждению температурных и калорийных потерь (поддержание "тепловой цепочки"):

1) поддержание температуры в родильном помещении на уровне 25°С, без сквозняков;

2) просушивание ребенка сразу после рождения и удаление мокрого белья для предупреждения потери тепла через испарение и проводимость;

3) укладывание ребенка на живот матери сразу после просушивания, в контакте кожа-к-коже, для усиления передачи тепла от матери к ребенку через проводимость;

4) пеленание (одевание) и надевание на голову ребенка шапочки для избегания влияния холодного воздуха, а также для избегания потери тепла путем конвекции и испарения;

5) обеспечение раннего грудного кормления новорожденного;

6) обязательное измерение температуры новорожденного на 30-й минуте после рождения с занесением данных в историю новорожденного. В случае гипотермии, осуществляется размещение ребенка под источник лучистого тепла, который должен входить в оснащение каждой родильной палаты.

44. Необходимо отказаться от применения следующих процедур:

а) переодевание женщины в больничную одежду;

б) назначение клизмы и эпиляции;

в) постельный режим для женщины;

г) внутривенное введение растворов;

д) назначение электронного мониторинга сердечных сокращений плода;

е) ограничение положения при родах к положению лежа на спине;

ж) проведение эпизиотомии по таким показаниям как угроза разрыва промежности, высокая промежность;

з) ограничение пищи и жидкостей в период родовой деятельности и родов;

и) назначение искусственного вскрытия плодных оболочек;

к) расширенная индукция родовой деятельности;

л) послеродовая катетеризация мочевого пузыря;

м) использование мешочка со льдом для профилактики послеродового кровотечения;

н) отсасывание содержимого дыхательных путей новорожденного.

45. При неотложных состояниях беременная женщина (роженица) переводится в отделение анестезиологии и реанимации.

46. Если роды наступили внезапно на дому, в медицинском пункте, в транспорте и т.д., родильница госпитализируется в организацию родовспоможения в первые 24 часа.

При отказе от госпитализации осмотр родильницы на дому производит врач акушер-гинеколог амбулаторно-поликлинической службы с занесением данных и назначений в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" с последующим ежедневным посещением в течение 3 дней.

Врач педиатр участковый осматривает новорожденного и приглашает родильницу на прием к педиатру, где выдается документ о рождении установленной формы.

47. При рождении мертвого ребенка или смерти его в течение 168 часов после родов документ установленной формы о перинатальной смерти выдается врачом патологоанатомом или врачом судебно-медицинской экспертизы после проведения патологоанатомического или судебно-медицинского исследования.

48. Вакцинация новорожденного осуществляется в установленном порядке.

49. Рекомендуемое время пребывания родильницы в организации здравоохранения после физиологических родов - 3-5 суток.

50. Перед выпиской родильнице производится ультразвуковое исследование органов малого таза.

51. Перед выпиской родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания.

52. После выписки из организации родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. О выписке сообщается по телефону в день выписки в женскую консультацию и участковому врачу педиатру.

53. Сведения о родах, назначения и сведения о методике контрацепции заносятся в "Индивидуальную карту беременной и родильницы". В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: "Обменная карта родильного дома, родового отделения больницы", выписной эпикриз из родильного дома (отделения), в котором указываются данные осмотра и проведенных исследований родильницы.

5. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам,
роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями,
требующими хирургической помощи

54. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 12 недель беременности обследуются в амбулаторно-поликлинических организациях или при наличии показаний госпитализируются в государственные организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь по специальностям "сердечно-сосудистая хирургия" и (или) "кардиология" и "акушерство и гинекология" - в соответствии с критериями риска.

55. Консилиум в составе врача кардиолога, врача кардиохирурга и врача акушера-гинеколога, на основании результатов клинического обследования, делает заключение о тяжести состояния женщины и представляет ей информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

56. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) госпитализации в сроке до 12 недель в организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь по специальностям "сердечно-сосудистая хирургия" и (или) "кардиология", для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

а) ревматические пороки сердца:

1) все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

2) все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

3) ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более степени тяжести;

4) все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

5) пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

6) пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

7) пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

8) пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

б) врожденные пороки сердца:

1) пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

2) пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);

3) пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

4) пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

5) пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

6) пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или наличием постстенотического расширения);

7) врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и/или нарушениями сердечного ритма;

8) кардиомиопатии;

9) тетрада Фалло;

10) болезнь Эбштейна;

11) сложные врожденные пороки сердца;

12) синдром Эйзенменгера;

13) болезнь Аэрза;

в) болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

1) острые и подострые формы миокардита;

2) хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или сложными нарушениями сердечного ритма;

3) инфаркт миокарда в анамнезе;

4) острые и подострые формы бактериального эндокардита;

5) острые и подострые формы перикардита;

г) нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

д) состояния после операций на сердце;

57. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям:

а) при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения организации родовспоможения, где имеется возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) помощи женщине.

При отказе женщины прервать беременность консилиум в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга) и врача акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации) - о госпитализации в организации здравоохранения, осуществляющие медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальностям "сердечно-сосудистая хирургия" и "акушерство и гинекология", в том числе за пределами республики, в порядке установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения;

б) при сроке беременности 18-22 недель женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в организациях здравоохранения, осуществляющих медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальностям" кардиология" или "сердечно-сосудистая хирургия" и "акушерство и гинекология", для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора/коррекции медикаментозной терапии, пренатальной диагностики, с целью исключения пороков развития плода, проведения УЗИ и допплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

58. При сроке беременности 27-32 недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, госпитализируются в организации здравоохранения или в организации, оказывающие медицинскую помощь, включая работы и услуги по специальностям "кардиология" и (или) "сердечно-сосудистая хирургия", "акушерство и гинекология", для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и допплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум организации здравоохранения, в которое госпитализирована беременная женщина, в составе врача кардиохирурга, врача кардиолога, и врача акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардтографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования с допплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

59. При сроке беременности 35-37 недель женщины госпитализируются в организации здравоохранения (для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения). Способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом в составе врача-кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами, с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

60. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи госпитализируются для родоразрешения в специализированные организации здравоохранения в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

61. Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом в составе врача акушера-гинеколога, врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии. Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение. При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациентка переводится в акушерский стационар.

6. Порядок оказания медицинской помощи женщинам
при неотложных состояниях в период беременности,
родов и в послеродовом периоде

62. Предоставление неотложной медицинской помощи осуществляется организацией здравоохранения, в которую обратилась беременная, роженица, родильница независимо от заключения (согласия) руководителя и уровня перинатальной медицинской помощи, оказываемой данной организацией.

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

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

б) эклампсия, преэклампсия, гестоз тяжелой степени;

в) HELLP - синдром;

г) острый жировой гепатоз беременных;

д) ДВС - синдром;

е) послеродовый сепсис;

ж) сепсис во время беременности любой этиологии;

з) ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);

и) пороки сердца с легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;

к) миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;

л) сахарный диабет с труднокоррегируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;

м) тромбоцитопения любого генеза;

н) острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;

о) тяжелая форма эпилепсии;

п) миастения;

р) острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

64. Для организации медицинской помощи требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в организациях здравоохранения создаются отделения (койки) анестезиологии и реанимации для беременных, рожениц, родильниц.

65. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде в отделении (койках) анестезиологии и реанимации осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, а в их отсутствие - в соответствии со сложившейся медицинской практикой и на основе современных представлений медицинской науки.

66. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы, находящейся в учреждениях родовспоможения 1-го или 2-го уровня главный врач (заместитель главного врача по медицинской части, ответственный дежурный врач) данной организации здравоохранения обеспечивает оказание экстренной и неотложной медицинской помощи с привлечением специалистов по линии отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

7. Порядок оказания медицинской помощи женщинам
с гинекологическими заболеваниями

67. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, а в их отсутствие - в соответствии со сложившейся медицинской практикой и на основе современных представлений медицинской науки.

68. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения.

69. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно - просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

70. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женского населения, направленное на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционная и прегравидарная подготовка.

71. При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки. Маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза - по показаниям.

72. По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы диспансерного наблюдения:

а) 1 диспансерная группа - здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья;

б) 2 диспансерная группа - здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

в) 3 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы;

г) 4 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

д) 5 диспансерная группа - женщины с нарушением функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

73. Врач акушер-гинеколог проводит профилактические осмотры женщин не реже одного раза в год.

74. При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

75. Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

76. Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача маммолога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений.

77. В случае показаний для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в республиканские организации здравоохранения соответствующего профиля, или за пределы республики в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

78. Основной задачей специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательной репродукции).

8. Порядок оказания медицинской помощи детям
с гинекологической патологией

79. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 15 лет включает профилактику и диагностику нарушений формирования репродуктивного здоровья, ранее выявление заболеваний половых органов, проведение лечебных мероприятий.

80. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с гинекологической патологией на амбулаторном этапе оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, в кабинетах репродуктивного здоровья, центре репродуктивного здоровья и планирования семьи, в медицинском центре дружественном к молодежи, в поликлиническом отделении, медсанчасти.

81. В случае отсутствия врача акушера-гинеколога в лечебно-профилактическом учреждении, первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 15 лет оказывается врачом педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта.

82. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи является проведение профилактических медицинских осмотров. При выявлении врачом педиатром либо семейным врачом у девочек в возрасте до 15 лет показаний, дальнейшее наблюдение осуществляется врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, девочек.

83. Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами или врачами-педиатрами в составе выездных бригад.

84. По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы диспансерного наблюдения:

а) 1 диспансерная группа - девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы;

б) 2 диспансерная группа - девочки с нарушением полового развития;

в) 3 диспансерная группа - девочки с гинекологическими заболеваниями;

г) 4 диспансерная группа - девочки с нарушениями менструаций на фоне хронической экстрогенитальной, в том числе эндокринной патологии.

85. Девочка, достигшая возраста 16 лет, передается под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девочки для определения группы диспансерного наблюдения.

86. Медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, направляет девочку с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в лечебно-профилактическую организацию здравоохранения, имеющую специалистов соответствующего профиля, в случаях, когда отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие инфекций, передаваемых половым путем, беременности, пороков развития и нарушения полового развития.

87. Экстренная медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в медицинских организациях имеющих специалистов по специальностям "акушерство и гинекология" и "детская хирургия", с согласия родителей.

Объем оперативного вмешательства определяется при участии врача акушера-гинеколога.

Приложение к Приказу Министерства
здравоохранения и социальной защиты
Приднестровской Молдавской Республики
от 15 июня 2012 г. № 317

Порядок
оказания акушерско-гинекологической помощи

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания акушерско-гинекологической помощи.

2. Действие настоящего Порядка распространяется на организации, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь.

3. Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения на бесплатной основе.

2. Порядок оказания медицинской помощи
женщинам в период беременности

4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

а) первый - амбулаторный, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами или медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов.

При наблюдении беременной женщины медицинским работником фельдшерско-акушерского пункта обеспечивается консультативный осмотр женщины врачом акушером-гинекологом, не менее 10 раз за время беременности.

В случае возникновения осложнения течения беременности, женщине должна быть обеспечена консультация врача акушера-гинеколога и. при необходимости, врача специалиста по профилю заболевания;

б) второй - стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) организации здравоохранения республики.

5. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

6. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся за весь период беременности:

а) врачом акушером-гинекологом, или медицинским работником фельдшерско-акушерского пункта - не менее десяти раз;

б) врачом терапевтом, врачом стоматологом - не менее двух раз (первый осмотр проводится не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, второй - в сроке 30 недель беременности);

в) врачом оториноларингологом, врачом офтальмологом - не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, в дальнейшем - по показаниям;

г) другими специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

7. Скрининговое ультразвуковое исследование плода проводится трехкратно: при сроках беременности 10-14 недель, 20-24 недели и 32-34 недели.

8. Во время беременности в обязательном порядке врачом назначаются лабораторные обследования:

а) анализ крови (при первой явке, в 18-20 недель и в 30 недель), в том числе содержание гемоглобина;

б) анализ мочи (при каждой явке), в том числе на наличие белка, глюкозы, бактерий;

в) титр антител к резус-фактору (ежемесячно, в третьем триместре беременности - 1 раз в 2 недели);

г) анализ крови на RW (при первой явке, в 30 недель);

д) анализ крови на ВИЧ (при первой явке, в 30 недель);

е) влагалищный мазок, степень чистоты (при первой явке, в 30 недель и в 36 недель);

ж) бактериология влагалищного содержимого в 36 недель;

з) обследование HBsAg (при первой явке к врачу акушеру-геникологу и в 30 недель);

е) анализ крови на анти - ВГС, (при первой явке и в 30 недель).

По показаниям проводится забор крови для биохимического скрининга рекомендуемых лабораторных обследований:

а) анализ крови на альфафетопротеин (АФП) (в 16-20 недель);

б) хорионический гонадотропин человеческий (ХГЧ) в динамике до 12 недель;

в) TORCH - комплекс (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирусная и герпесвирусная инфекции) - по показаниям.

9. При постановке беременной женщины на учет, в соответствии с заключениями профильных специалистов, врачом акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности, с учетом состояния беременной женщины и плода, делается врачом акушером-гинекологом до 22 недель беременности.

При наличии показаний для искусственного прерывания беременности, с согласия женщины, осуществляется направление беременной в гинекологическое отделение организации здравоохранения, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе и реанимационной) помощи женщине, (при наличии специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности), в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

10. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, а в их отсутствие - в соответствии со сложившейся медицинской практикой и на основе современных представлений медицинской науки.

11. При угрожающем аборте лечение беременной женщины осуществляется в специализированных отделениях или на специализированных койках организаций здравоохранения, ориентированных на сохранение беременности.

12. Плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение осуществляют врачи акушеры-гинекологи амбулаторно-поликлинических организаций (подразделений больниц) с учетом степени риска возникновения осложнений в родах. Плановая госпитализация в организацию родовспоможения более высокого уровня осуществляется по направлению районного врача акушера-гинеколога либо заместителя главного врача лечебно-профилактической организации здравоохранения.

13. При экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в профильное отделение организации здравоохранения в сроках до 36 недель беременности, при условии совместного наблюдения и ведения врачом специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом. Исключение составляют воспалительные заболевания мочевыделительной системы (госпитализация в специализированные отделения или на специализированные койки организаций здравоохранения, ориентированных на сохранение беременности) и инфекционные заболевания (госпитализация в инфекционные отделения).

При наличии акушерской патологии беременная женщина госпитализируется в организацию родовспоможения (перинатальный центр, акушерское отделение).

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в организации здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

14. В случаях угрожающего прерывания беременности и преждевременных родов после 26 недель беременности госпитализация женщины осуществляется в организацию родовспоможения (перинатальный центр, акушерское отделение), где имеется отделение реанимации новорожденных в следующих случаях:

а) при неэффективности лечения;

б) при выраженной симптоматике - начавшиеся преждевременные роды.

15. При сроке беременности 25 недель и более, при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии, госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в организациях родовспоможения (перинатальный центр, акушерское отделение), имеющих отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

16. При наличии тяжелых врожденных пороков плода и невозможности оказания необходимой помощи в организациях здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики беременная женщина направляется для получения высокотехнологичной медицинской помощи за пределы республики в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

17. Беременные группы высокого риска подлежат обязательному консультированию заведующим женской консультацией по месту жительства пациентки, районным врачом акушером-гинекологом либо заместителем главного врача лечебно-профилактического учреждения, после проведения первичного обследования либо после выявления патологии, в том числе:

а) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 16 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, перинатальные потери, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос);

б) с тяжелой экстрагенитальной патологией, наркоманией у одного или обоих супругов;

в) с выявленными осложнениями беременности: гипертензивные расстройства, иммунологический конфликт (Rh и АВО изосенсибилизация), анемия тяжелой степени, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарная недостаточность, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, ЭКО, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков, с выявленной патологией развития плода.

При необходимости беременные женщины направляются на консультацию в Республиканский центр репродуктивного здоровья и планирования семьи либо для дообследования в стационар организации родовспоможения 3-го уровня.

18. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности и родов, на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей специалистов, врачом акушером-гинекологом. формулируется полный клинический диагноз и определяется организация здравоохранения для планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом об организации здравоохранения, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально.

19. Определение акушерской тактики, места родоразрешения и показаний для наблюдения врачами специалистами по профилю заболевания производится в организациях здравоохранения по месту жительства. При невозможности решения данного вопроса беременные женщины направляются на консультацию в Республиканский центр репродуктивного здоровья и планирования семьи. либо для дообследования в стационар организации родовспоможения 3-го уровня.

3. Трехуровневая система оказания акушерской
стационарной медицинской помощи

20. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовом периоде оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения.

21. С целью оказания доступной и качественной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, организации родовспоможения разделены на уровни, позволяющие предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения, в зависимости от срока беременности, состояния беременной/роженицы и новорожденного, степени риска возникновения осложнений, с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами организаций здравоохранения.

22. Уровни организаций родовспоможения:

а) 1-й уровень - обеспечивает медицинскую помощь женщинам с минимальным риском в период беременности и с физиологическими родами в срок (38-41 недель), уход за новорожденным с массой при рождении 2500 грамм и более.

На этом уровне предусматривается родильный зал для физиологических родов;

б) 2-й уровень - обеспечивает медицинскую помощь женщинам с умеренным риском в период беременности и родами на 32-37 неделе, уход за новорожденными с массой 2000-2500 грамм.

На этом уровне предусматриваются родовые отделения, отделение патологии беременных, отделение реанимации для новорожденных с массой от 2000 грамм;

в) 3-й уровень - обеспечивает медицинскую помощь с высоким риском в период беременности и родами на 28-32 неделе, уход за новорожденным с массой при рождении ниже 2000 грамм.

На этом уровне, дополнительно к родовому отделению, предусматривается функционирование отделения патологии беременных, анестезиологии и реанимации для беременных, родильниц, рожениц, и для новорожденных, отделения патологии новорожденных, а также обеспечение транспортирования в системе мать-плод (далее - "in utero") и транспортирования недоношенных новорожденных с массой ниже 1500 грамм, с патологическими состояниями, родившихся на других уровнях перинатальной службы.

23. В случае необходимости, беременная женщина, роженица, родильница должна быть госпитализирована в организацию родовспоможения соответствующего уровня согласно критериям риска.

24. Показаниями для направления беременных женщин в организацию 1-го уровня (низкая степень риска) являются:

а) отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии у беременной женщины;

б) отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (гестоз, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);

в) отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;

г) отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного;

д) анемия I-II степени;

е) умеренное многоводие;

ж) компенсированная патология дыхательной системы (пневмония, бронхиальная астма, бронхоэктазия, рецидивирующие хронические бронхиты, неспецифические легочные заболевания без дыхательной недостаточности);

з) рецидивирующие хронические пиелонефриты без нарушения функции;

и) тазовое положение плода после 34 недель;

к) первородящие в возрасте 35 лет и старше при отсутствии акушерской экстрагенитальной патологии.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в организацию родовспоможения второго и третьего уровня в плановом порядке.

25. Показаниями для направления беременных женщин в организации 2-го уровня (средняя степень риска) являются:

а) пороки сердца без декомпенсации;

б) гломерулонефрит;

в) переношенная беременность;

г) поперечное положение плода после 34 недель;

д) низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 32-34 недель;

е) мертворождение в анамнезе (гибель плода, антенатальная и неонатальная смерть или преждевременные роды в анамнезе после консультации врача-генетика);

ж) многоплодная беременность;

з) рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца (акушерские или гинекологические операции на матке в анамнезе);

и) сложный акушерский анамнез (привычное недонашивание, цервикальная недостаточность, бесплодие, рождение детей с тяжелыми аномалиями);

к) беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

л) диагностированное многоводие, маловодие;

м) преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности более 32 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме;

н) плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного роста плода I-II степени;

о) угроза прерывания беременности в I-II триместрах в случае неэффективного лечения на 1-м уровне перинатальной помощи;

п) гестозы средней степени тяжести в случае положительного эффекта проведенного лечения;

р) генетическое заболевание в семье;

с) резус изосенсибилизация без высокого титра антител;

т) предлежащая плацента;

у) анемия II- III- й степени;

ф) гипертоническая болезнь 1-2-й степени;

х) артериальная гипертензия, обусловленная беременностью;

ц) злоупотребление алкоголем, курением, наркотическими веществами, другими лекарствами;

ч) заболевания печени в стадии компенсации;

ш) эпилепсия,

щ) злокачественные новообразования в анамнезе;

ы) перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника.

26. Показаниями для направления беременных женщин в организации 3-го уровня (высокая степень риска) являются:

а) преждевременные роды, включая преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

б) тяжелые гестозы, среднее прогрессирование или неэффективное лечение токсикозов на 2-м уровне (отсутствие эффективности лечения в течение 5-7 дней);

в) гепатоз беременных;

г) кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

д) рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

е) любой рубец на матке при локализации плаценты в области послеоперационного рубца;

ж) задержка внутриутробного роста плода II-III степени;

з) изоиммунизация при беременности (беременность с резус-несовместимостью с высоким титром антител);

и) наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции (аномалии в развитии плода);

к) метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

л) неиммунная водянка плода;

м) острое много- и маловодие;

н) заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

о) экстрагенитальные заболевания с декомпенсацией или неэффективностью проведенного лечения:

1) тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

2) заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

3) диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

4) заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

5) заболевания почек и мочевых путей (гломерулонефрит, рецидивирующие хронические пиелонефриты или другие заболевания в случае неэффективности лечения на II-м уровне);

6) заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

7) эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

8) заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

9) заболевания нервной системы (рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

10) миастения;

11) злокачественные новообразования вне зависимости от локализации;

12) сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

27. Организация перенаправления/транспортирования беременных женщин, плода "in utero" и неонаталъное транспортирование является обязанностью руководителя организации здравоохранения, из которой производится перенаправление/транспортировка. Решение о необходимости перенаправления/транспортирования принимается по представлению районного врача акушера-гинеколога или заместителя главного врача.

28. Организация здравоохранения, в которую производится перевод, должна быть заранее проинформирована о данном случае заместителем главного врача, районным врачом акушером-гинекологом либо ответственным дежурным врачом организации здравоохранения, из которой транспортируется женщина. Каждое родовое отделение должно располагать телефонной линией, которая позволит получить незамедлительный доступ к организации здравоохранения высшего уровня.

29. Муж/партнер (или близкие родственники) должны быть проинформированы о причинах перенаправления и ожидаемых преимуществах; обсуждается возможность сопровождения беременной женщины близким человеком. Перед проведением неонатального транспортирования проводится собеседование с родителями ребенка, объясняются причины его перевода, с предоставлением разъяснений о том, что происходит с их ребенком, и в какой центр его переводят.

30. Транспортирование беременных женщин на высший уровень должно осуществляться в специализированной машине скорой помощи.

31. Транспортирование плода "in utero" и неонаталъное транспортирование осуществляется в специализированном, специально оснащенном санитарном транспорте по линии отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи. Транспортирование плода "in utero" осуществляется в случае, если ожидаются преждевременные роды или существуют другие риски. Главной целью перевода плода/новорожденного в неотложных случаях является обеспечение оптимального ухода в ситуациях, когда его здоровье и/или жизнь подвергается опасности.

32. Показания для неонатального перевода на III-й уровень:

а) дети с низкой массой при рождении, в особенности менее 32-33 недель, страдающие острым нарушением дыхания и другими осложнениями, связанными с преждевременным рождением;

б) дети с тяжелым нарушением дыхания, нуждающиеся в искусственной вентиляции легких;

в) дети с тяжелыми врожденными пороками, нуждающиеся в операции, или страдающие другими специфическими заболеваниями, которые требуют специального и интенсивного ухода;

г) дети с внутриутробной инфекцией;

д) дети с тяжелой асфиксией и гипоксией;

е) дети с врожденными пороками сердца и выраженной симптоматикой;

ж) дети с тяжелыми нарушениями обмена веществ;

з) дети с полностью парентеральным питанием;

и) дети с вспомогательной вентиляцией более 24 часов.

Состояние ребенка должно быть стабилизировано до транспортирования.

33. Организация здравоохранения, из которой производится перенаправление/транспортирование, заполняет сопроводительный лист, содержащий следующую информацию:

а) данные о матери;

б) имя и фамилия, телефон врача, инициирующего транспортирование;

в) имя и фамилия консультанта запрошенного врачом, инициирующим транспортирование;

г) адрес и телефон организации родовспоможения, принявшей решение о перенаправлении новорожденного или беременной женщины на соответствующий уровень;

д) основные показатели состояния беременной или ребенка до, во время и после транспортировки.

34. Во время транспортирования проводится мониторинг состояния (частота мониторинга зависит от состояния и решения сопровождающего лица), обязательно ведется запись о:

а) состоянии (показатели жизненно важных функций организма, насыщение кислородом и т.д.);

б) осуществляемых процедурах;

в) переносимости процесса транспортирования.

35. Во время транспортирования ребенка в учреждение высшего уровня необходимо учитывать риск переохлаждения новорожденного. Поддержание оптимальной тепловой среды является одним из важнейших аспектов транспортирования новорожденного, поэтому во время транспортирования рекомендуется использовать транспортные инкубаторы с электрическим подогревом. Перед транспортированием ребенка согревают в течение 2-6 часов, пока его ручки и ножки не станут такими же теплыми, как и другие части тела. Если температура тела ребенка ниже 36°С, он должен быть согрет.

36. Персонал, сопровождающий ребенка, должен обладать навыками неонатальной реанимации.

4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам
в период родов и в послеродовом периоде

37. На всех уровнях перинатальной медицинской помощи обеспечивается соблюдение противоэпидемического режима в родовых и послеродовых палатах, а также в подсобных помещениях в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

38. Оказание акушерской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам, больным СПИДом проводится в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

39. При госпитализации беременная, роженица, родильница предоставляет:

а) обменную карту;

б) направление-выписку, выданное врачом акушером-гинекологом по месту жительства, центра репродуктивного здоровья и планирования семьи перинатального центра, или женской консультацией;

в) документ, удостоверяющий личность.

40. Для каждой беременной, роженицы, родильницы, госпитализированной в организацию здравоохранения, оформляется медицинская документация: история родов, одновременно с регистрацией в журнале учета госпитализации беременных, рожениц и родильниц. На каждого ребенка, родившегося в организации родовспоможения, заполняется история развития новорожденного.

41. В случае если беременная не находилась на учете и госпитализируется в стационар непосредственно при родах, проводится забор крови из вены на RW, ВИЧ, взятие мазка на патогенную флору, определяется группа крови и резус-фактор, общий анализ крови, общий анализ мочи, другие исследования по необходимости.

42. При поступлении в приемный покой организации здравоохранения беременная женщина (роженица) госпитализируется в отделение патологии беременности, родовой блок, родильные отделения по показаниям.

43. При оказании специализированной медицинской помощи женщине во время родовой деятельности, родов и в послеродовой период, соблюдаются следующие принципы:

а) женщина должна быть проинформирована о составе бригады, и о порядке сотрудничества членов данной бригады;

б) при госпитализации каждая женщина должна быть проинформирована о преимуществах психоэмоциональной поддержки;

в) решение об индукции родовой деятельности ранее полных 41 недель беременности принимается консультативно только при наличии показаний;

г) каждой женщине разрешен выбор лица, осуществляющего ее психоэмоциональную поддержку во время родовой деятельности, этим лицом может быть муж, партнер или кто-то один из близких членов семьи;

д) независимо от присутствия или отсутствия поддерживающего лица во время родов, постоянное присутствие медицинского работника (акушерки или врача) является решающим фактором для результатов родов. Цель должна состоять в том, чтобы каждой роженице обеспечивалась помощь индивидуальной акушерки для активной родовой деятельности и родов, до окончания раннего послеродового периода. Там, где существующий штат не позволяет соблюдение данного условия, должны применяться гибкие схемы вовлечения персонала в интранатальный уход;

е) помимо постоянного физического присутствия ухаживающего лица, поддержка во время родовой деятельности и родов должна включать целый спектр мероприятий: физическая поддержка (меры по формированию комфортного состояния, такие как массажи, прикосновение, холодные или теплые компрессы и т.д.); эмоциональная поддержка (подбадривание, уверение в успехе родов); информационная поддержка (инструкции, информация и рекомендации) и защита (защита интересов женщины при общении с другими членами бригады);

ж) если женщина предпочитает фармакологические средства контроля боли во время родовой деятельности (эпидуральная аналгезия), в обязательном порядке должны быть обсуждены преимущества и риски каждого метода, как можно быстрее после госпитализации. Согласие должно быть оформлено письменно;

з) стимулирование родовой деятельности должно осуществляться по строгим показаниям, согласно партограмме;

м) эпизиотомия проводится только в случаях, когда необходимо ускорить роды из-за опасений за состояние плода.

н) действия по защите промежности не могут иметь приоритет над выбором положения при родах, которое делает невозможным их применение;

о) высвобождение головы и внутренняя ротация плеч без помощи акушерки;

п) перевязка пуповины по окончанию первой минуты после рождения; (кроме медицинских показаний - резус-конфликт и т д.).

р) содержимое дыхательных путей ребенка отсасывается, только если в амниотической жидкости присутствуют частицы мекония, или если новорожденному трудно вычистить выделения из верхних дыхательных путей. Ларингоскопия и интубация должны применяться только в случае нарушения дыхания;

с) активное ведение 3-го периода родов должно считаться методом выбора, и осуществляться согласно протоколу.

т) после родов в роддоме всем роженицам с Rh (-) (отрицательный резус фактор) при отсутствии противопоказаний вводится анти-D-иммуноглобулин с целью профилактики гемолитической болезни

у) сразу после рождения, ребенку необходимо обеспечить контакт кожа-к-коже с мамой, с соблюдением всех шагов "тепловой цепочки".

В случае медицинских показаний, касающихся состояния новорожденного, или, если мать не может принять новорожденного к себе на живот сразу после рождения, ребенка необходимо разместить под источник лучистого тепла. В таких случаях, если новорожденный будет находиться под нагревателем больше 10 минут, необходимо обеспечить контроль температуры, для того чтобы удостовериться, что ребенок не перегрелся.

Осуществление специфических мер, таких как прикрепление идентификационных полос, назначение витамина "К" и другие профилактические мероприятия, должны осуществляться, когда ребенок находится с матерью;

ф) другие процедуры для новорожденных (взвешивание, уход за пуповиной, обследование врачом неонатологом), кроме неотложных случаев, производятся в родильном зале с соблюдением принципов "тепловой цепочки". Первородная смазка с кожи ребенка при рождении не стирается.

х) профилактика гонобленнореи должна проводиться сразу после рождения ребенка 20%-30% раствором альбуцида или через час после рождения ребенка 1% тетрациклиновой мазью.

ц) матери должны поощряться к кормлению младенца грудью как можно раньше (30 мин. - 1 час после рождения), как только ребенок будет выражать готовность и желание, ища грудь;

ш) необходимо принимать следующие меры по предупреждению температурных и калорийных потерь (поддержание "тепловой цепочки"):

1) поддержание температуры в родильном помещении на уровне 25°С, без сквозняков;

2) просушивание ребенка сразу после рождения и удаление мокрого белья для предупреждения потери тепла через испарение и проводимость;

3) укладывание ребенка на живот матери сразу после просушивания, в контакте кожа-к-коже, для усиления передачи тепла от матери к ребенку через проводимость;

4) пеленание (одевание) и надевание на голову ребенка шапочки для избегания влияния холодного воздуха, а также для избегания потери тепла путем конвекции и испарения;

5) обеспечение раннего грудного кормления новорожденного;

6) обязательное измерение температуры новорожденного на 30-й минуте после рождения с занесением данных в историю новорожденного. В случае гипотермии, осуществляется размещение ребенка под источник лучистого тепла, который должен входить в оснащение каждой родильной палаты.

44. Необходимо отказаться от применения следующих процедур:

а) переодевание женщины в больничную одежду;

б) назначение клизмы и эпиляции;

в) постельный режим для женщины;

г) внутривенное введение растворов;

д) назначение электронного мониторинга сердечных сокращений плода;

е) ограничение положения при родах к положению лежа на спине;

ж) проведение эпизиотомии по таким показаниям как угроза разрыва промежности, высокая промежность;

з) ограничение пищи и жидкостей в период родовой деятельности и родов;

и) назначение искусственного вскрытия плодных оболочек;

к) расширенная индукция родовой деятельности;

л) послеродовая катетеризация мочевого пузыря;

м) использование мешочка со льдом для профилактики послеродового кровотечения;

н) отсасывание содержимого дыхательных путей новорожденного.

45. При неотложных состояниях беременная женщина (роженица) переводится в отделение анестезиологии и реанимации.

46. Если роды наступили внезапно на дому, в медицинском пункте, в транспорте и т.д., родильница госпитализируется в организацию родовспоможения в первые 24 часа.

При отказе от госпитализации осмотр родильницы на дому производит врач акушер-гинеколог амбулаторно-поликлинической службы с занесением данных и назначений в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" с последующим ежедневным посещением в течение 3 дней.

Врач педиатр участковый осматривает новорожденного и приглашает родильницу на прием к педиатру, где выдается документ о рождении установленной формы.

47. При рождении мертвого ребенка или смерти его в течение 168 часов после родов документ установленной формы о перинатальной смерти выдается врачом патологоанатомом или врачом судебно-медицинской экспертизы после проведения патологоанатомического или судебно-медицинского исследования.

48. Вакцинация новорожденного осуществляется в установленном порядке.

49. Рекомендуемое время пребывания родильницы в организации здравоохранения после физиологических родов - 3-5 суток.

50. Перед выпиской родильнице производится ультразвуковое исследование органов малого таза.

51. Перед выпиской родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания.

52. После выписки из организации родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. О выписке сообщается по телефону в день выписки в женскую консультацию и участковому врачу педиатру.

53. Сведения о родах, назначения и сведения о методике контрацепции заносятся в "Индивидуальную карту беременной и родильницы". В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: "Обменная карта родильного дома, родового отделения больницы", выписной эпикриз из родильного дома (отделения), в котором указываются данные осмотра и проведенных исследований родильницы.

5. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам,
роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями,
требующими хирургической помощи

54. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 12 недель беременности обследуются в амбулаторно-поликлинических организациях или при наличии показаний госпитализируются в государственные организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь по специальностям "сердечно-сосудистая хирургия" и (или) "кардиология" и "акушерство и гинекология" - в соответствии с критериями риска.

55. Консилиум в составе врача кардиолога, врача кардиохирурга и врача акушера-гинеколога, на основании результатов клинического обследования, делает заключение о тяжести состояния женщины и представляет ей информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

56. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) госпитализации в сроке до 12 недель в организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь по специальностям "сердечно-сосудистая хирургия" и (или) "кардиология", для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

а) ревматические пороки сердца:

1) все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

2) все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

3) ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более степени тяжести;

4) все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

5) пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

6) пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

7) пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

8) пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

б) врожденные пороки сердца:

1) пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

2) пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);

3) пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

4) пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

5) пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

6) пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или наличием постстенотического расширения);

7) врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и/или нарушениями сердечного ритма;

8) кардиомиопатии;

9) тетрада Фалло;

10) болезнь Эбштейна;

11) сложные врожденные пороки сердца;

12) синдром Эйзенменгера;

13) болезнь Аэрза;

в) болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

1) острые и подострые формы миокардита;

2) хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или сложными нарушениями сердечного ритма;

3) инфаркт миокарда в анамнезе;

4) острые и подострые формы бактериального эндокардита;

5) острые и подострые формы перикардита;

г) нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

д) состояния после операций на сердце;

57. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям:

а) при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения организации родовспоможения, где имеется возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) помощи женщине.

При отказе женщины прервать беременность консилиум в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга) и врача акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации) - о госпитализации в организации здравоохранения, осуществляющие медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальностям "сердечно-сосудистая хирургия" и "акушерство и гинекология", в том числе за пределами республики, в порядке установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения;

б) при сроке беременности 18-22 недель женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в организациях здравоохранения, осуществляющих медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальностям" кардиология" или "сердечно-сосудистая хирургия" и "акушерство и гинекология", для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора/коррекции медикаментозной терапии, пренатальной диагностики, с целью исключения пороков развития плода, проведения УЗИ и допплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

58. При сроке беременности 27-32 недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, госпитализируются в организации здравоохранения или в организации, оказывающие медицинскую помощь, включая работы и услуги по специальностям "кардиология" и (или) "сердечно-сосудистая хирургия", "акушерство и гинекология", для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и допплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум организации здравоохранения, в которое госпитализирована беременная женщина, в составе врача кардиохирурга, врача кардиолога, и врача акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардтографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования с допплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

59. При сроке беременности 35-37 недель женщины госпитализируются в организации здравоохранения (для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения). Способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом в составе врача-кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами, с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

60. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи госпитализируются для родоразрешения в специализированные организации здравоохранения в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

61. Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом в составе врача акушера-гинеколога, врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии. Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение. При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациентка переводится в акушерский стационар.

6. Порядок оказания медицинской помощи женщинам
при неотложных состояниях в период беременности,
родов и в послеродовом периоде

62. Предоставление неотложной медицинской помощи осуществляется организацией здравоохранения, в которую обратилась беременная, роженица, родильница независимо от заключения (согласия) руководителя и уровня перинатальной медицинской помощи, оказываемой данной организацией.

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

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

б) эклампсия, преэклампсия, гестоз тяжелой степени;

в) HELLP - синдром;

г) острый жировой гепатоз беременных;

д) ДВС - синдром;

е) послеродовый сепсис;

ж) сепсис во время беременности любой этиологии;

з) ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);

и) пороки сердца с легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;

к) миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;

л) сахарный диабет с труднокоррегируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;

м) тромбоцитопения любого генеза;

н) острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;

о) тяжелая форма эпилепсии;

п) миастения;

р) острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

64. Для организации медицинской помощи требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в организациях здравоохранения создаются отделения (койки) анестезиологии и реанимации для беременных, рожениц, родильниц.

65. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде в отделении (койках) анестезиологии и реанимации осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, а в их отсутствие - в соответствии со сложившейся медицинской практикой и на основе современных представлений медицинской науки.

66. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы, находящейся в учреждениях родовспоможения 1-го или 2-го уровня главный врач (заместитель главного врача по медицинской части, ответственный дежурный врач) данной организации здравоохранения обеспечивает оказание экстренной и неотложной медицинской помощи с привлечением специалистов по линии отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

7. Порядок оказания медицинской помощи женщинам
с гинекологическими заболеваниями

67. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, а в их отсутствие - в соответствии со сложившейся медицинской практикой и на основе современных представлений медицинской науки.

68. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения.

69. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно - просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

70. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женского населения, направленное на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционная и прегравидарная подготовка.

71. При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки. Маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза - по показаниям.

72. По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы диспансерного наблюдения:

а) 1 диспансерная группа - здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья;

б) 2 диспансерная группа - здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

в) 3 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы;

г) 4 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

д) 5 диспансерная группа - женщины с нарушением функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

73. Врач акушер-гинеколог проводит профилактические осмотры женщин не реже одного раза в год.

74. При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

75. Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

76. Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача маммолога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений.

77. В случае показаний для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в республиканские организации здравоохранения соответствующего профиля, или за пределы республики в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

78. Основной задачей специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательной репродукции).

8. Порядок оказания медицинской помощи детям
с гинекологической патологией

79. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 15 лет включает профилактику и диагностику нарушений формирования репродуктивного здоровья, ранее выявление заболеваний половых органов, проведение лечебных мероприятий.

80. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с гинекологической патологией на амбулаторном этапе оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, в кабинетах репродуктивного здоровья, центре репродуктивного здоровья и планирования семьи, в медицинском центре дружественном к молодежи, в поликлиническом отделении, медсанчасти.

81. В случае отсутствия врача акушера-гинеколога в лечебно-профилактическом учреждении, первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 15 лет оказывается врачом педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта.

82. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи является проведение профилактических медицинских осмотров. При выявлении врачом педиатром либо семейным врачом у девочек в возрасте до 15 лет показаний, дальнейшее наблюдение осуществляется врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, девочек.

83. Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами или врачами-педиатрами в составе выездных бригад.

84. По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы диспансерного наблюдения:

а) 1 диспансерная группа - девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы;

б) 2 диспансерная группа - девочки с нарушением полового развития;

в) 3 диспансерная группа - девочки с гинекологическими заболеваниями;

г) 4 диспансерная группа - девочки с нарушениями менструаций на фоне хронической экстрогенитальной, в том числе эндокринной патологии.

85. Девочка, достигшая возраста 16 лет, передается под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девочки для определения группы диспансерного наблюдения.

86. Медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, направляет девочку с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в лечебно-профилактическую организацию здравоохранения, имеющую специалистов соответствующего профиля, в случаях, когда отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие инфекций, передаваемых половым путем, беременности, пороков развития и нарушения полового развития.

87. Экстренная медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в медицинских организациях имеющих специалистов по специальностям "акушерство и гинекология" и "детская хирургия", с согласия родителей.

Объем оперативного вмешательства определяется при участии врача акушера-гинеколога.