

Размещено на сайте Министерства юстиции
Приднестровской Молдавской Республики
в разделе «Официальное опубликование»

ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи
и неонатальной помощи**

Зарегистрирован Министерством юстиции
Приднестровской Молдавской Республики 25 октября 2024 г.
Регистрационный № 12790

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 19 августа 2024 года № 378 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 24-35), в целях повышения качества оказания акушерско-гинекологической помощи населению Республики, приказываю:

1. Утвердить Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи согласно Приложению к настоящему Приказу.

2. Признать утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 4 мая 2022 года № 404 «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи» (регистрационный № 11153 от 19 июля 2022 года) (САЗ 22-28) с изменениями и дополнениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 23 августа 2023 года № 651 (регистрационный № 11981 от 15 сентября 2023 года) (САЗ 23-37), от 4 апреля 2024 года № 294 (регистрационный № 12403 от 18 апреля 2024 года) (САЗ 24-17), от 14 мая 2024 года № 371 (регистрационный № 12456 от 23 мая 2024 года) (САЗ 24-22), от 4 июня 2024 года № 441 (регистрационный № 12527 от 18 июня 2024 года) (САЗ 24-26).

3. Направить настоящий Приказ на государственную регистрацию и официальное опубликование в Министерство юстиции Приднестровской Молдавской Республики.

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

Министр

К. АЛБУЛ

г. Тирасполь
3 октября 2024 г.
№ 696

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 3 октября 2024 года № 696

Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи

1. Общие положения

1. Действие Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи – (далее – Порядок) распространяется на организации, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь и неонатальную помощь (далее – медицинская организация).

2. В настоящем Порядке используются следующие термины и сокращения:

- а) RW – серологический анализ на выявление антител к бледной трепонеме;
- б) ВИЧ – вирус иммунодефицита человека;
- в) HBsAg – антиген вируса гепатита В;
- г) ВГС – вирус гепатита С;
- д) АФП – определение альфа-фетопротеина;
- е) ХГЧ – хорионический гонадотропин;
- ж) Rh – резус принадлежность;
- з) АВО изосенсибилизация – система, отражающая наличие или отсутствие антигенов на поверхности эритроцитов и антител в плазме крови;
- и) ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение;
- к) SpO₂ – показатель кислорода в крови;
- л) УЗИ – ультразвуковое исследование;
- м) HELLP-синдром – гемолиз, увеличение активности ферментов печени и тромбоцитопения. Представляет собой тяжелую разновидность преэклампсии;
- н) ДВС-синдром – диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

3. Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также медицинская помощь новорожденным детям оказываются в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных медицинских организациях в соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6), а также при предоставлении платных медицинских услуг в порядке, установленном законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

Оказание акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи государственными медицинскими организациями осуществляется в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

2. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя 2 (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 осложнений течения беременности или соматической патологии, женщина в течение рабочего дня должна быть консультирована врачом-акушером-гинекологом и, при необходимости, врачом-специалистом по профилю заболевания;

б) второй – стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) медицинской организации.

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, врачом-стоматологом – согласно рекомендациям врача-терапевта;
- г) другими специалистами – согласно рекомендациям врача-терапевта.

7. Скрининговое УЗИ плода проводится 2 (два) раза: при сроках беременности 11-13 недель и 6 (шесть) дней, 20-22 недели.

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

- а) анализ крови (при первой явке и в 30 (тридцать) недель), в том числе содержание гемоглобина;
- б) анализ мочи, посев средней порции мочи;
- в) при резус положительной крови отца ребенка титр антител в 8, 18, 28 и 36 недель беременности;
- г) анализ крови на RW (при первой явке, в 30 (тридцать) недель);
- д) анализ крови на ВИЧ (при первой явке, в 30 (тридцать) недель);
- е) анализ крови на сахар;
- ж) глюкоза толерантный тест;
- з) влагалищный мазок – при клинических симптомах воспалительного процесса;
- и) бактериология влагалищного содержимого в 36 (тридцать шесть) недель – по показаниям;
- к) обследование HBsAg (при первой явке в крови у не вакцинированных).

По показаниям при наличии в медицинской организации и консультировании проводится забор крови для биохимического скрининга рекомендуемых лабораторных обследований:

- а) хорионический гонадотропин человеческий (ХГЧ) в динамике до 12 (двенадцати) недель;
- б) мазок на онкоцитологию.

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 (двадцати двух) недель беременности.

При наличии показаний для искусственного прерывания беременности с согласия женщины осуществляется направление беременной в гинекологическое отделение медицинской организации, 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 с клиническими рекомендациями, а в их отсутствие – в соответствии со сложившейся медицинской практикой и на основе современных представлений медицинской науки.

11. Плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение осуществляют врачи-акушеры-гинекологи амбулаторно-поликлинических медицинских 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 государственной медицинской организации.

12. При экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в профильное отделение медицинской организации в сроках до 36/0 недель беременности, при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом. Исключения составляют воспалительные заболевания мочевыделительной системы (госпитализация в специализированные отделения урологии, нефрология, или на специализированные койки медицинских организаций, ориентированных на сохранение беременности – отделения патологии беременности) и инфекционные заболевания (госпитализация в инфекционные отделения).

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

13. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в медицинскую организацию по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

14. В случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родов после 26 (двадцати шести) 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 28/0 недель и более, при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии, госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в организацию родовспоможения 3 (третьего) уровня (перинатальный центр), имеющую отделение 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 медицинских организациях Приднестровской Молдавской Республики беременная женщина направляется для получения высокотехнологичной медицинской помощи за пределы Приднестровской Молдавской Республики в порядке, установленном исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

17. Беременные женщины группы высокого риска подлежат обязательному консультированию заведующим женской консультацией по месту жительства (пребывания) пациентки, районным врачом-акушером-гинекологом либо заместителем главного врача государственной медицинской организации, после проведения первичного обследования либо после выявления патологии, в том числе:

а) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 16 (шестнадцати) лет, первобеременные старше 35 (тридцати пяти) 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 ABO 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 наличии медицинских показаний беременные женщины в течение рабочего дня направляются на перинатальный консилиум в государственную медицинскую организацию 3 (третьего) уровня, либо для дообследования в стационар организации родовспоможения 3 (третьего) 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 медицинская организация для планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, 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 медицинских организациях по месту жительства (пребывания). 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 (третьего) уровня.

3. Трехуровневая система оказания акушерской стационарной медицинской помощи

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

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 медицинских организаций.

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и послеродовый период, разделяются на 3 (три) группы по возможности оказания медицинской помощи:

а) первый уровень – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога либо врача-анестезиолога-реаниматолога;

б) второй уровень – акушерские стационары, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии для женщин и палаты интенсивной терапии для новорожденных;

в) третий уровень – акушерские стационары, оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродового периода, имеющие в своем составе отделение анестезиологии и реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (второй этап выхаживания).

22. Уровни организаций родовспоможения:

а) 1 (первый) уровень – обеспечивает медицинскую помощь женщинам с низкой степенью риска в период беременности и с физиологическими родами в срок (37/0 – 41/0 недель), уход за новорожденным с массой при рождении 2500 грамм и более.

На этом уровне предусматривается родильный зал для физиологических родов;

б) 2 (второй) уровень – обеспечивает медицинскую помощь женщинам со средней степенью риска в период беременности и родами после 37/0 недель, уход за новорожденными с массой при рождении 2500 грамм и более.

На этом уровне предусматриваются родовые отделения, отделение патологии беременных, отделение анестезиологии и реанимации для беременных, родильниц, рожениц;

в) 3 (третий) уровень – обеспечивает медицинскую помощь с высокой степенью риска в период беременности и родами на 28/0 – 36/6 неделе, уход за новорожденным с массой при рождении ниже 2500 грамм.

На этом уровне, дополнительно к родовым отделениям, предусматривается функционирование отделения патологии беременных, отделение анестезиологии и реанимации для беременных, рожениц и родильниц, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных (второй этап выхаживания), а также обеспечение транспортирования в системе мать-плод (далее – «in utero») и транспортирования недоношенных новорожденных с массой ниже 2500 грамм, и детей с патологическими состояниями, родившихся на других уровнях организаций родовспоможения.

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 родовспоможения I (первого) уровня (низкая степень риска) являются:

а) отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии у беременной женщины;

б) отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (преэклампсия, преждевременные роды, плацентарная дисфункция, задержка роста плода);

в) отсутствие в анамнезе у женщины ante -, интранатальной гибели плода или ранней неонатальной смерти ребенка;

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

д) анемия легкой 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 почек;

и) первородящие в возрасте 35 (тридцати пяти) лет и старше при отсутствии акушерской и экстрагенитальной патологии.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в организации родовспоможения II (второго) и III (третьего) уровня в плановом порядке.

25. Показаниями для направления беременных женщин в организации родовспоможения II (второго) уровня (средняя степень риска) являются:

а) пороки сердца без декомпенсации;

б) гломерулонефрит;

в) поперечное положение плода после 37/0 недель;

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

д) многоплодная беременность;

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

ж) отягощенный акушерский анамнез (привычное невынашивание, истмико – цервикальная недостаточность, бесплодие, рождение детей с тяжелыми аномалиями);

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

и) многоводие, маловодие;

к) угроза прерывания беременности в I и II триместрах в случае неэффективного лечения на I (первом) уровне перинатальной помощи;

л) преэклампсия средней степени тяжести в случае положительного эффекта проведенного лечения;

м) генетическое заболевание в семье;

н) анемия средней степени;

о) хроническая артериальная гипертензия;

п) гестационная артериальная гипертензия;

р) заболевания печени в стадии компенсации;

с) эпилепсия;

т) злокачественные новообразования в анамнезе;

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

26. Показаниями для направления беременных женщин в организации родовспоможения III (третьего) уровня, в условиях которых функционирует отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, являются:

а) преждевременные роды, включая преждевременный разрыв плодных оболочек, при сроке беременности до 36/6 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

б) тяжелая преэклампсия, прогрессирование или неэффективное лечение преэклампсии умеренной степени на II (втором) уровне (отсутствие эффективности лечения в течение 5 – 7 дней);

в) внутрипеченочный холестаз 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) плацентарная дисфункция, задержка роста плода;

з) изоиммунизация при беременности (беременность с резус – несовместимостью, резус – сенсбилизация при наличии титра антител);

и) наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции (аномалии развития 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 (втором) 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 неонатальное транспортирование является обязанностью руководителя медицинской организации, из которой производится перенаправление (транспортирование). Решение о необходимости перенаправления (транспортирования) принимается по представлению районного врача-акушера-гинеколога или заместителя главного врача медицинской организации.

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

29. Супруг (партнер) или близкие родственники беременной женщины 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 в медицинскую организацию высшего уровня должно осуществляться в специализированной машине скорой медицинской помощи в сопровождении медицинского персонала.

31. Транспортирование плода «in utero» и неонатальное транспортирование осуществляется в специализированном, специально оснащем 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 в медицинскую организацию III (третьего) уровня:

а) недоношенные дети с низкой массой при рождении, в особенности менее 34/0 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 с нарушением витальных функций;

д) дети с тяжелой асфиксией и гипоксией не позднее 6 (шести) часов с момента рождения, после стабилизации состояния и оценки критериев транспортабельности;

е) дети с врожденными пороками сердца с признаками сердечно-сосудистой недостаточности;

ж) дети с тяжелыми нарушениями обмена веществ;

з) дети с полностью парентеральным питанием;

и) дети с вспомогательной вентиляцией более 24 (двадцати четырех) часов.

Состояние ребенка должно быть стабилизировано до транспортирования.

33. Медицинская организация, 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 транспортирования.

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 так далее);

б) осуществляемых процедурах;

в) переносимости процесса транспортирования.

35. Во время транспортирования ребенка в медицинскую организацию 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.

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

4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовом периоде, а также новорожденному ребенку

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, осуществляющим амбулаторное наблюдение за беременной;
- в) документ, удостоверяющий личность.

40. Для каждой беременной, роженицы, родильницы, госпитализированной в медицинскую организацию, 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 на родоразрешение, проводится экспресс-тест на ВИЧ, определяется группа крови и резус-фактор, забор крови из вены на RW, HBsAg, ВИЧ, общий анализ крови, общий анализ мочи, взятие мазка на патогенную флору, другие исследования по необходимости.

42. При поступлении в приемный покой медицинской организации беременная женщина (рожица) госпитализируется в отделение патологии беременности, родильное отделение – по показаниям.

43. При оказании специализированной медицинской помощи женщине во время родов и в послеродовом периоде, 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 41/0 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-либо 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 обеспечить помощь акушерки в родах, 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 так далее); 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 (регионарное обезболивание родов), 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;

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

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

л) высвобождение головки и внутренняя ротация плечиков – без помощи акушерки;

м) рекомендуется отсроченное пережатие и пересечение пуповины спустя 60-120 секунд после рождения ребенка при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку согласно клиническому протоколу «Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара», утвержденному исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения;

н) санация верхних дыхательных путей показана при наличии в них большого количества слизи, препятствующей дыханию. В остальных случаях санация не является обязательной процедурой (методические рекомендации «Реанимация и стабилизация новорожденных детей в родильном зале»);

о) активное ведение 3 (третьего) периода родов должно считаться методом выбора, и осуществляться, согласно клиническому протоколу «Ведение физиологических родов», утвержденному исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения;

п) 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 более 10 (десяти) минут, необходимо обеспечить контроль температуры для того, чтобы удостовериться, что ребенок не перегрелся;

р) 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;

с) профилактика гонобленнореи должна проводиться через час после рождения ребенка 1% тетрациклиновой мазью;

т) матери должны поощряться к кормлению младенца грудью как можно раньше (30 (тридцать) минут – 1 (один) час после рождения);

у) 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 (тридцатой) минуте после рождения с занесением данных в историю развития 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 так далее, родильница госпитализируется в организацию родовспоможения в первые 24 (двадцать четыре) часа.

При отказе от госпитализации осмотр родильницы на дому производит врач-акушер-гинеколог амбулаторно-поликлинической медицинской организации с занесением данных и назначений в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» с последующим ежедневным посещением в течение 3 (трех) дней.

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

47. При рождении мертвого ребенка или смерти его в течение 168 (ста шестидесяти восьми) 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 порядке, установленном законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

49. Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов – 36-72 часов.

50. Перед выпиской родильнице производится УЗИ 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 (пребывания) 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 (двенадцати) недель беременности обследуются в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях или при

наличии показаний госпитализируются в государственные медицинские организации, 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 (двенадцати) недель в медицинской организации, оказывающей 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 тромбэмболическими 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 (двадцати двух) 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 медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и «акушерство и гинекология», в том числе за пределами Приднестровской Молдавской Республики;

б) при сроке беременности 18/0 – 22/0 недель женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в медицинских организациях, 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 или коррекции медикаментозной терапии, пренатальной диагностики, с целью исключения пороков развития плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

58. При сроке беременности 27/0 – 32/0 недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, госпитализируются в медицинские 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 доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум медицинской организации, в которую госпитализирована беременная женщина, в составе врача-кардиохирурга, врача-кардиолога, и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования с доплерометрией) 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 35/0 – 37/0 недель женщины госпитализируются в медицинские организации (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 медицинской организации 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 медицинской организацией, в которую обратилась беременная, роженица, родильница независимо от заключения (согласия) руководителя и уровня перинатальной медицинской помощи, оказываемой данной медицинской 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 труднокорректируемым 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 медицинских организациях 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 организациях родовспоможения 1 (первого) или 2 (второго) уровня главный врач (заместитель главного врача по медицинской части, ответственный дежурный врач) данной медицинской организации обеспечивает оказание экстренной и неотложной медицинской помощи с привлечением специалистов 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 процессе оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных медицинских организациях.

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 процессе оказания 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 осуществляется 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 (первая) диспансерная группа – здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья;

б) 2 (вторая) диспансерная группа – здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

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

г) 4 (четвертая) диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

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

73. Врач-акушер-гинеколог проводит профилактические осмотры женщин не реже 1 (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 верификации диагноза и исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-онколога-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 государственные медицинские организации соответствующего профиля, или за пределы Приднестровской Молдавской 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 (пятнадцати) 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 на участке амбулаторного звена и в стационаре, 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 государственной медицинской организации, первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 15 (пятнадцати) 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 (пятнадцати) лет показаний, дальнейшее наблюдение осуществляется врачом-акушером-гинекологом.

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 (первая) диспансерная группа – девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы;

б) 2 (вторая) диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;

в) 3 (третья) диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;

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

85. Девочка, достигшая возраста 16 (шестнадцати) лет, подлежит переводу 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 медицинскую организацию, 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.