

ПРИКАЗ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О внесении изменения в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 3 октября 2024 года № 696 «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи» (регистрационный № 12790 от 25 октября 2024 года) (САЗ 24-43)

Зарегистрирован Министерством юстиции  
Приднестровской Молдавской Республики 11 декабря 2024 г.  
Регистрационный № 12895

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) с изменениями, внесенными Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 28 октября 2024 года № 437 (САЗ 24-44), в целях дальнейшего совершенствования оказания акушерско-гинекологической помощи в Приднестровской Молдавской Республике, приказываю:

1. Внести в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 3 октября 2024 года № 696 «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи» (регистрационный № 12790 от 25 октября 2024 года) (САЗ 24-43) следующее изменение:

главу 2 Приложения к Приказу изложить в следующей редакции:

«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 1 (одного) 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-акушер-гинеколог;
- в) врачом-стоматологом, врачом-офтальмологом согласно рекомендациям врача-акушера-гинеколога;
- г) другими специалистами согласно рекомендациям врача-акушера-гинеколога.

7. Скрининговое УЗИ плода проводится 2 (два) раза при сроках беременности 11-13 недель и 6 (шесть) дней, 18-21 неделя и 6 (шесть) дней. По показаниям УЗИ, ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного, фетоплацентарного кровотока проводится на любом сроке беременности.

С 16 (шестнадцати) недель по показаниям беременности проводится цервикометрия.

Фетокардиотокография плода (ФКТГ) проводится с 32 (тридцати двух) недель беременности 1 (один) раз каждые 2 (две) недели.

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

- а) общий анализ крови (при первой явке, в 20 (двадцать) недель и в 30 (тридцать) недель беременности);
- б) общий анализ мочи при каждой явке, посев средней порции мочи при первой явке;
- в) при резус отрицательной крови матери и резус положительной крови отца ребенка титр антител при первой явке, в 18-20 недель и 28 (двадцать восемь) 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 в 24-28 недель беременности;
- з) влагалищный мазок при первой явке, в 30 (тридцать) недель и в 36 (тридцать шесть) недель беременности;
- и) бактериология влагалищного содержимого на любом сроке беременности по показаниям;
- к) обследование HBsAg (при первой явке и в 30 (тридцать) недель беременности у не вакцинированных);
- л) обследование HCV (при первой явке и в 30 (тридцать) недель беременности) по показаниям;
- м) мазок на онкоцитологию и кольпоскопия при первой явке по показаниям;
- н) определение тиреотропного гормона и антител к тиреоидной пероксидазе при первой явке.

По показаниям проводится забор крови на биохимические маркеры хромосомных аномалий:

- а) первый биохимический скрининг в 11-14 недель (предлагать при наличии в медицинской организации и консультировании);
- б) второй биохимический скрининг в 14-20 недель (предлагать при наличии в медицинской организации и консультировании).

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. Исключение 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 в возрасте 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 1 (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 наличии медицинских показаний беременные женщины в течение 1 (одного) 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 государственная медицинская организация для планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом-акушером-гинекологом о государственной 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.»

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

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

Министр

К. АЛБУЛ

г. Тирасполь  
28 ноября 2024 г.  
№ 857