



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

15.07.2011

N 417

м.Київ

Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні

На виконання Указу Президента України від 27.04.2011 №504 "Про Національний план дій на 2011 рік щодо впровадження програм економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава", з метою вдосконалення організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги у відповідність до сучасних вимог охорони здоров'я в Україні

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

1.1. Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги;

1.2. Примірні посадові інструкції акушерки фельдшерсько-акушерського пункту (додається);

1.3. Примірні посадові інструкції лікаря загальної практики - сімейної медицини з надання акушерсько-гінекологічної допомоги (додається);

1.4. Примірні положення про жіночу консультацію (додається);

1.5. Примірні положення про жіночий оглядовий кабінет лікувально-профілактичного закладу (додається);

1.6. Примірні положення про кабінет патології шийки матки жіночої консультації (додається);

1.7. Примірні положення про мамологічний кабінет (додається);

1.8. Примірні посадові інструкції завідувача жіночої консультації(додається);

1.9. Примірні посадові інструкції лікаря-акушера-гінеколога жіночої консультації (додається);

1.10. Примірні посадові інструкції старшої акушерки жіночої консультації(додається);

1.11. Примірні посадові інструкції акушерки жіночої консультації (додається).

1.12. Примірні посадові інструкції акушерки оглядового кабінету (додається).

1.13. Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю "Акушерство і гінекологія" в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів.

2. Директору Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Осташко С.І.забезпечити доведення цього наказу до відома Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь (головних) охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій.

3. Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь (головних) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівникам лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ України:

3.1. Забезпечити впровадження в закладах охорони здоров'я цього наказу;

3.2. Забезпечити підготовку лікарів загальної практики - сімейної медицини за програмою тематичного удосконалення з надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

3.3. Дозволити лікарям загальної практики - сімейної медицини спостерігати за здоровою вагітністю (при фізіологічному її перебігу) після проходження циклу тематичного удосконалення з надання акушерсько-гінекологічної допомоги та наявності сертифіката.

3.4. Затвердити персональний склад і графік роботи перинатальних консіліумів. Забезпечити їх роботу.

4. Начальнику центру медичної статистики МОЗ Голубчикову М.В.забезпечити статистичний облік всіх вагітних, які знаходяться на обліку як у лікаря загальної практики -сімейної медицини, так і у лікаря акушера-гінеколога, шляхом внесення відповідних змін до форм статистичної звітності.

5. Внести до пункту 3.5. розділу 3 наказу МОЗ України від 27.12.2006 року № 901 "Про затвердження Клінічних протоколів з акушерської допомоги "Переношена вагітність" такі зміни: цифри "42" замінити цифрами "41".

6. У пункті 7.2 розділу 7 наказу МОЗ України від 29.12.2005 року № 782 "Про затвердження Клінічного протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги "Анемія у вагітних" після слів "під час вагітності:" доповнити словом "легкий".

8. Визнати таким, що втратив чинність, наказ МОЗ України від 28.12.2002 року №503 "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні".

9. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра Р.О.Моїсеєнко.

Міністр

О. В Аніщенко

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ АКУШЕРСЬКО- ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Загальні положення

1.1. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється в амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах (далі-ФАПах), центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік.

На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАПах, у амбулаторіях загальної практики - сімейної медицини (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі, в основному, має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики – сімейної медицини/акушерки/ фельдшера, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні (далі-ЦРЛ) в 19-21 і 30 тижнів вагітності. У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення екстрагенітальної патології вагітна негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога. (додаток 1).

На II рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал ЦРЛ, центральної міської лікарні (далі-ЦМЛ), міської лікарні (далі-МЛ) жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів центральних районних лікарень, центрів планування сім'ї, оглядових кабінетів поліклінік. У лікувально-профілактичних закладах (далі-ЛПЗ) II рівня спостерігаються вагітні без ускладненого перебігу вагітності та з акушерськими ускладненнями, з супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією, вродженими вадами розвитку плода. За наявності показань вагітні скеровуються на III рівень надання медичної допомоги. При необхідності вагітні направляються у денні стаціонари (додаток 18).

На III рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЛПЗ III рівня забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. При необхідності проводиться консультування, додаткове обстеження іншими спеціалістами. Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для

медичного персоналу перших двох рівнів. Медичному спостереженню підлягають вагітні які мають захворювання вказанні в додатку 18.

1.2. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних та гінекологічних хворих, профілактику та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницьку роботу.

1.3. Штатні посади медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу з надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги встановлюються згідно з чинними штатними нормативами.

2. Організація диспансерного нагляду за вагітними

Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини.

2.1. Перший візит вагітної (бажано до 12 тижнів) є найбільш тривалим за часом і передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма №111/о та Обмінна карта - форма № 113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою (додаток 2), інформаційної згоди (додаток 3).

2.2. Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік.

2.3. Після першого візиту фахівець, який спостерігає вагітну, обов'язково отримує інформацію від лікаря загальної практики – сімейної медицини /дільничного терапевта про стан здоров'я вагітної (додаток 4). У разі спостереження вагітної у лікаря загальної практики – сімейної медицини він заповнює цей додаток сам.

2.4. Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями підлягають динамічному спостереженню профільного спеціаліста. Перелік екстрагенітальних захворювань, що потребують динамічного спостереження визначено у додатку 5. Після отримання висновку профільних спеціалістів комісійно вирішується питання про можливість виношування вагітності та визначається план її ведення.

2.5. Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології (додаток 6) підлягають направленню на медико-генетичне консультування.

2.6. Вагітні, які не входять до групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології повинні бути проінформовані лікарем загальної практики-сімейної медицини лікарем/ лікарем-акушером-гінекологом / фельдшером / акушеркою, які спостерігають за вагітною, про доцільність одночасного проведення ультразвукової діагностики (далі-УЗД) (11 -13 тиж., 18-21 тиж. вагітності), біохімічного скринінгу вагітних (хоріонічного гонадотропіну (далі-ХГ), плацентарного білка РАРР (далі-РАРР) та розрахунку ризику наявності у плода хромосомної та деякої вродженої патології.

2.7. При виявленні ознак наявності у плода вродженої чи спадкової патології вагітна скеровується на медико-генетичне консультування для вирішення тактики ведення вагітності і пологів. При підтвердженні виявленої патології проводиться пренатальний консилиум за участю лікаря акушера-гінеколога (Додаток 7).

2.8. Ультразвукове дослідження плода може проводити фахівець, який має відповідну підготовку, за затвердженою схемою протоколу (Додатки 8, 9).

2.9. Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження, заносять в «Індивідуальну карту вагітної і породіллі» та «Обмінну карту» із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою («Інформована - згодна/незгодна»).

2.10. У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить в середньому сім – дев'ять разів (бажано разом з близькою людиною).

2.11. При виникненні ускладнень перебігу вагітності, якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини / фельдшером / акушеркою, вона негайно передається під нагляд лікаря- акушера-гінеколога (додаток 1). Частота відвідувань визначається лікарем за показаннями. Показання до додаткового візиту повинні бути обґрунтовані в медичній документації.

2.12. У разі виникнення ускладнень вагітності, які потребують стаціонарного лікування (чи лікування у денному стаціонарі) вагітна госпіталізується для обстеження і лікування у відділення (палату) патології вагітних пологового будинку (відділення) або спеціалізованого акушерського стаціонару або у гінекологічне відділення (у терміні до 22 тиж.), або у денний стаціонар (додаток 18).

За необхідністю лікування екстрагенітальної патології вагітна госпіталізується до 22 тижнів вагітності у терапевтичне відділення або у відділення за профілем захворювання або у відділення екстрагенітальної патології вагітних.

2.13. При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами лікар керується Порядком видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами” (Накази МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян», та від 18.03.2002 р. № 93 «Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, та інструкції щодо їх заповнення»). При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами вагітну оглядають два лікаря (бажано з завідуючою жіночої консультації).

2.14. В амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини/жіночих консультаціях вагітну та членів її родини готують до майбутнього батьківства в «Школі відповідального батьківства». Робота проводиться з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною (додаток 10).

2.15. При неявці вагітної на запланований огляд, причина з'ясовується за вказаним контактним телефоном. У разі неявки на 2 і більше обов'язкових візитів та/або систематичного невиконання рекомендацій і призначень, лікар/фельдшер/акушерка, які спостерігають за вагітною, повинні інформувати завідуючого жіночою консультацією та керівника, якому підпорядкований ЛПЗ з відміткою в медичній документації. У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар має письмово інформувати працівників соціальної служби (додаток 11).

2.16. При фізіологічному перебігу вагітності якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини або фельдшером/акушеркою її необхідно

скерувати на консультацію до лікаря акушера-гінеколога у терміні 19-21 і 30 тижнів вагітності.

2.17. При нагляді за вагітною в амбулаторних умовах лікарю загальної практики-сімейної медицини/лікарю акушеру-гінекологу або фельдшеру/акушерці фельдшерсько-акушерського пункту необхідно дотримуватись плану ведення вагітних (графіку візитів).

3. Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості

3.1. Головними напрямками розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості є створення єдиної системи медичної допомоги населенню шляхом максимального наближення лікарської допомоги до мешканок села, удосконалення не тільки форм, методів профілактичної роботи, динамічного спостереження, а і медико-соціальної допомоги.

3.2. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога надається у жіночих консультаціях або акушерсько-гінекологічних кабінетах, кабінетах планування сім'ї поліклінік районних, центральних районних лікарень, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини та фельдшерсько-акушерських пунктах.

3.3. Консультативну допомогу сільському жіночому населенню забезпечують міські жіночі консультації, центри планування сім'ї, акушерсько-гінекологічні кабінети міських, обласних, республіканських поліклінік, консультативні поліклініки.

3.4. В організації гінекологічної допомоги сільському населенню є ряд особливостей та загальних положень. Так само, як і в містах, велике значення для виявлення гінекологічних захворювань у жінок мають профілактичні огляди. Профілактичним гінекологічним оглядам підлягають дівчата/жінки старше 14 років, які проживають або працюють на промислових підприємствах, сільськогосподарських підприємствах та інших установах району обслуговування. Кожну жінку доцільно оглядати 1 раз протягом року.

3.5. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється згідно з визначеною етапністю:

3.5.1. На I етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАПх, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях (без лікаря-акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі, в основному, має профілактичний характер з метою збереження репродуктивного здоров'я, попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Практично здорові молоді жінки із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням акушерок, лікаря загальної практики-сімейної медицини, відвідуючи лікаря-акушера-гінеколога жіночої консультації районної лікарні (РЛ), ЦРЛ або виїзної

лікарської бригади.

3.5.2. На II етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює лікар-акушер-гінеколог РЛ і ЦРЛ, МЛ, ЦМЛ. В ЛПЗ II етапу можуть спостерігатись вагітні без ускладненого перебігу вагітності. Вагітні із середнім та високими ступенем акушерського та перинатального ризику постійно спостерігаються лікарем-акушером-гінекологом РЛ і ЦРЛ, МЛ, ЦМЛ із збереженням нагляду за ними медичного персоналу ЛПЗ I етапу.

3.5.3. На III етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЛПЗ III етапу забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. При необхідності проводиться консультативне обстеження іншими спеціалістами. Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для медичного персоналу перших двох етапів. Вагітні високого ступеня акушерського та перинатального ризику знаходяться під динамічним спостереженням спеціалістів III етапу, які в необхідних випадках вирішують питання про доцільність збереження вагітності.

3.6. Сільському населенню комплексну лікарську акушерсько-гінекологічну допомогу також надають виїзні бригади, до складу яких входять лікар-акушер-гінеколог, лікар-педіатр, лікар-терапевт та інші спеціалісти (за потребою).

Виїзні бригади здійснюють свою діяльність у відповідності до затвердженого графіка, який передбачає дату кожного виїзду, його тривалість, місце виїзду, складу бригади, який затверджується головним лікарем ЛПЗ та доводиться до відома керівників господарств, які несуть відповідальність за створення умов роботи виїзної бригади (забезпечення транспортом, доставку жінок і дітей до місця роботи спеціалістів).

Графік виїзду бригади медичних працівників також доводять до відома головних лікарів амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, сільських лікарських амбулаторій, головних лікарів сільської дільничої лікарні (ДЛ), завідувачів фельдшерськими і фельдшерсько-акушерськими пунктами.

Фельдшер і акушерка повинні мати список (реєстр) жінок своєї дільниці, які підлягають профілактичним періодичним оглядам. Згідно з графіком акушерка дільниці інформує населення щодо приїзду виїзної бригади.

3.7. Лікар-акушер-гінеколог, який входить до складу виїзної бригади, зобов'язаний:

- здійснити обстеження вагітних і гінекологічних хворих, визначити план нагляду або лікування;
- надати консультативну допомогу вагітним та гінекологічним хворим;
- провести консультування з питань планування сім'ї;
- надати при необхідності медичну допомогу;
- надати організаційно-методичну допомогу з питань якості надання медичної та профілактичної роботи;
- провести навчання персоналу з актуальних проблем, виявлених у роботі персоналу ФАПу або амбулаторії загальної практики-сімейної медицини;
- провести серед населення інформаційно-просвітницьку (лекції, бесіди, консультування та ін.) роботу з питань збереження репродуктивного здоров'я.

3.8. Свою діяльність лікар-акушер-гінеколог виїзної бригади повинен відображувати в документації того закладу, де він працює. Виявлених хворих з гінекологічною патологією за показаннями необхідно взяти на облік із наступними заходами оздоровлення. При повторному виїзді лікар-акушер-гінеколог перевіряє виконання акушеркою ФАПу призначень та рекомендацій.

4. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Організація амбулаторної гінекологічної допомоги передбачає проведення заходів з питань збереження репродуктивного здоров'я, профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної та реабілітаційної допомоги.

4.2. Гінекологічні захворювання виявляють під час звернення жінок у жіночу консультацію або гінекологічні кабінети багатопрофільної поліклініки, до лікаря загальної практики-сімейної медицини, лікаря гінеколога дитячого та підліткового віку, акушерки ФАПу, а також під час проведення профілактичних оглядів у ЛПЗ.

4.3. Профілактичними оглядами в оглядових кабінетах забезпечуються дівчата з 14 років та всі жінки (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році в ЛПЗ. Діагноз захворювання встановлює акушерка, лікар загальної практики-сімейної медицини, лікар-акушер-гінеколог або гінеколог дитячого та підліткового віку на підставі скарг, анамнезу, даних гінекологічного огляду та подальшого обстеження.

4.4. Проведення профілактичних оглядів у дівчат з 18 років (за показаннями з 14 років оглядаються у присутності батьків гінекологом дитячого та підліткового віку) покладається на акушерку, лікаря загальної практики-сімейної медицини, лікаря-педіатра, лікаря- акушера-гінеколога, лікаря - гінеколога дитячого та підліткового віку (в умовах ЛПЗ). Профілактичні огляди спрямовані на збереження репродуктивного здоров'я, профілактику небажаної вагітності, запальних захворювань статевих шляхів та підліткової вагітності, інфікування вірусом папіломи людини, діагностику порушення фізичного та статевого розвитку (затримка або випередження), порушення становлення менструального циклу.

При обстеженні проводиться оцінка фізичного та статевого розвитку, огляд та пальпація молочних залоз та огляд зовнішніх статевих органів. При порушенні менструальної функції, підозрі на гінекологічну патологію –ультрасонографічне дослідження органів малого тазу (УЗД), ректо-абдомінальне дослідження внутрішніх статевих органів, аналіз виділень з піхви. За необхідності гормональне дослідження, проведення діагностичних проб, тощо. У сексуально активних підлітків також проводиться: огляд шийки матки у гінекологічних дзеркалах, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, онкоцитологія та кольпоскопія. Під час візиту проводиться консультування з питань планування сім'ї та профілактики ПСШ.

4.5. Профілактичні огляди дівчат/жінок з 18 років (за показаннями з 14 років оглядаються у присутності батьків гінекологом дитячого та підліткового віку) проводяться акушеркою ФАПу, фельдшером або акушеркою оглядового кабінету багатопрофільних поліклінік, лікарем загальної практики-сімейної медицини, лікарем-акушер-гінекологом жіночої консультації або центру планування сім'ї та спрямовані на раннє виявлення онкологічної патології у жінок, профілактику інфекцій, які передаються статевим шляхом (далі-ПСШ) та ВІЛ/СНІДу, консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, збереження репродуктивного здоров'я. При проведенні профілактичних оглядів жінок проводять огляд та пальпацію молочних залоз, огляд шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного (при відсутності патології 1 раз на 3 роки) і бактеріоскопічного дослідження (при показах), пробу Шиллера, бімануальне обстеження, пальцеве ректальне обстеження. Ультразвукове сканування призначають за показаннями.

4.6. На кожну жінку, яка вперше звернулася у зв'язку із скаргами або за направленням інших спеціалістів, а також для профілактичного огляду, заповнюють "Медичну карту амбулаторного хворого" (ф. 025/о) із детальним описом анамнезу, скарг, результатів аналізів і даних гінекологічного обстеження.

4.7. Після першого огляду на другій сторінці амбулаторної карти хворого в "Листку запису заключних уточнених діагнозів" проставляють дату огляду, заключний (уточнений) діагноз записують в день його встановлення. При виявленні у однієї жінки двох і більше гінекологічних захворювань статистичний талон заповнюють на кожне остаточно встановлене захворювання.

4.8. На кожну жінку, яка підлягає диспансерному нагляду, заповнюється "Контрольна карта диспансерного спостереження" (форма 30), де вказують діагноз захворювання, з приводу якого вона поставлена на облік, частоту оглядів, методи обстеження та лікування.

4.9. Вузькоспеціалізована лікувально-профілактична допомога - це вид медичної допомоги, що надається на III рівні амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги, фахівцями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити _кваліфіковане консультування, діагностику та лікування у складних діагностичних та клінічних випадках.

Вузькоспеціалізована лікувально-профілактична допомога потребує застосування сучасної лікувально-діагностичної апаратури, інструментарію та обладнання.

4.10. Вузькоспеціалізована допомога може надаватися за наступними напрямками:

- гормональні порушення у репродуктивній системі (порушення менструального циклу, невиношування, безпліддя, дисгормональна патологія молочної залози, патологія клімаксу);
- патологія шийки матки;
- онкогінекологія;
- гінекологічна патологія у дівчат та підлітків.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

Графік візитів вагітної до лікаря**1-ий візит**

(Бажано до 12 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Оформлення медичної документації	A	Форми 111/о та 113/о
Заповнення жінкою анкети вагітної	A	За згодою (додаток 2)
Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини)	A	
Виявлення факторів ризику гестаційного діабету	B	При їх наявності – проведення двогодинного перорального тесту толерантності до глюкози (ПТТГ) (додаток 13)
Виявлення факторів ризику прееклампсії	C	При наявності факторів ризику (додаток 21) пропонуйте жінці з 16 тижнів вагітності до народження дитини приймати 75мг аспірину
Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію	D	додаток №7
Оцінка умов праці	D	Видається лікарський висновок за встановленою формою при необхідності (додаток 14)
Загальний огляд	A	
Пальпація щитовидної залози	A	
Аускультация серця	A	
Аускультация легенів	A	
Огляд та пальпація молочних залоз	A	
Пальпація лімфатичних вузлів	D	
Вимірювання артеріального тиску	A	
Вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
Вимірювання температури тіла	D	
Визначення зросту	B	
Визначення маси тіла	B	
Визначення індексу маси тіла	B	
Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження)	D	Рутинний огляд не є прогностично точним для визначення терміну вагітності, а також, не дає можливості передбачити передчасні пологи або тазо-головну диспропорцію

УЗД в терміні вагітності від 11+1 день до 13 тижнів та 6 днів (визначення терміну вагітності, вимірювання комірцевого простору та виявлення УЗ маркерів вродженої та хромосомної патології)	А	Лікар надає інформацію жінці щодо доцільності одночасного проведення першого УЗД (11тиж +1 день. - 13 тиж. + 6 днів) і подвійного біохімічного тесту (вільний-ХГЧ, РАРР А) і розрахунку ризику наявності у плода хромосомної і деякої розповсюдженої вродженої патології. Дослідження виконують за згодою жінки (додаток 8)
Призначення лабораторного обстеження: - Загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка	А	
- Посів сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію)	А	При виявленні призначається антибіотикотерапія
- Група крові та резус-фактор	А	
- наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини)	В	Титри анти-резус антитіл визначають тільки при першій явці та у 28 тижнів за умови неускладненого перебігу вагітності
- Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів	А	
- Серологічне обстеження на сифіліс (перше)	В	
- Тест на ВІЛ-інфекцію (перший)	А	Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно

		призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах.
- Тест на наявність HBsAg	A	
- Мазок на цитологічне дослідження	D	
- Мазок на флору (за показами)	A	При наявності скарг та клінічних проявів
Надання вагітній розгорнутої інформації щодо: необхідності прийому фолієвої кислоти (400 мкг) до 12 тижнів вагітності	A	Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/дітей з вродженими дефектами нервової трубки добова доза фолієвої кислоти складає 800 мкг (додаток 19)
доцільності ведення щоденнику самопочуття до кінця вагітності	A	додаток 15
раціонального харчування під час вагітності гігієни харчування для зниження ризику виникнення харчових інфекцій (лістеріоз, сальмонельоз, токсоплазмоз)	A	З особливим наголосом на: - відсутність необхідності рутинного прийому вітаміну D; - тератогенний ефект від прийому вітаміну А у дозі більш ніж 10 000 ОД на добу (А) - відсутність необхідності рутинного прийому полівітаміно-мінеральних комплексів (А) (додаток 20).
здорового способу життя, включаючи: - припинення паління - вживання алкоголю - наркотичних речовин	A	
оптимальних умов праці під час вагітності	D	
внутрішньоутробного розвитку плода	D	

статевого життя протягом вагітності	В	Доцільне використання презервативу
фізичні вправи, включаючи такі, що зміцнюють м'язи тазового дна	А	
необхідності відвідування школи відповідального батьківства протягом вагітності, бажано з партнером	А	
можливих загрозливих симптомів під час вагітності	А	додаток 16
Скерування вагітної до дільничного терапевта за «Випискою з амбулаторної карти» ¹	В	додаток 4
Заповнення вагітною інформованої згоди	В	додаток 3

¹ У випадку, якщо спостереження за вагітною здійснює сімейний лікар, така виписка заповнюється цим лікарем при першому візиті вагітної.

2-ий візит

(не пізніше 2 тижнів після 1-го візиту)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Оцінка та обговорення результатів обстежень з вагітною	D	
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених овочів, цитрусових) та доцільність прийому препаратів заліза	A	
Якщо у вагітної Rh-негативний, а у батька майбутньої дитини Rh-позитивний тип крові, у разі відсутності у неї антитіл, обговоріть необхідність введення їй анти-резус імуноглобуліну в 28-32 тижні вагітності	A	
Обстеження вагітної: вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
лабораторне обстеження - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
УЗД в терміні вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів та 6 днів (визначення структурних аномалій плода)	A	У випадку, коли результат УЗД є сумнівним або таким, який виявив будь-яку структурну аномалію плода, лікар УЗД негайно скеровує вагітну до лікаря, який веде її вагітність для вирішення питання про подальше ведення вагітності і повідомляє лікарю про виявлену патологію по телефону. (додаток 15)
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	

3-ій візит

(19-21 тиждень вагітності, після проходження другого УЗД)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо результатів попереднього УЗД	D	У разі виявлення низької плацентації, крайового прикріплення плаценти необхідно провести додаткове УЗД в 32 тижні вагітності. При виявленні центрального передлежання плаценти, вагітну скеровують до акушерського стаціонару.
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	Додаток 17
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
Направлення на обстеження: - тест на ВІЛ-інфекцію (другий, в 22-23 тижні вагітності)	A	
- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	Додаток 15

4-ий візит
(25-26 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо: всіх отриманих результатів обстежень	D	
необхідності проведення обстежень перед оформленням відпустки по вагітності та пологам	A	
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	додаток 17
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Направлення на обстеження: - загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів в 29 тижнів	C	
- серологічне дослідження на сифіліс (друге) в 29 тижнів	B	
- наявність резус-антитіл (при Rh- негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини)	A	Титри анти-резус антитіл визначаються тільки при першій явці та у 28 тижнів за умови неускладненого пербігу вагітності
- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
- двогодинний тест толерантності до глюкози всім вагітним	A	додаток 13
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.	D	додаток 15
Надання вагітній адрес пологових будинків (відділень) та їх номерів	D	

телефонів, куди можна негайно звернутись за медичною допомогою		
Призначення анти-резус імуноглобуліну	В	У 28-32 тижні вагітності жінкам з резус-негативною належністю крові при Rh- позитивній крові у батька майбутньої дитини і відсутності антитіл у вагітної

5-ий візит
(30 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень	D	
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	додаток 15
Підготовка до пологів та народження дитини, партнерських пологів	A	додаток 10
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності прийому препаратів заліза	A	
Обстеження вагітної: огляд та пальпація молочних залоз	A	
вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	додаток 17
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	

6-ий візит

(34 - 35 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	додаток 17
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень	D	
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів та необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою. Надайте адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди може звернутись жінка.	D	додаток 15

7 -ий візит
(38 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	додаток 17
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: -загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: дій жінки у разі початку пологової діяльності, вилиття навколоплідної рідини або появи можливих загрозливих симптомів; післяпологової контрацепції	D	
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної. Надайте адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди повинна звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою	D	додаток 15

8 -ий візит

(40 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	додаток 17
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: -можливих дій при переношеній вагітності, -післяпологової контрацепції -адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою.	D	Переношена вагітність – вагітність, термін якої складає більш ніж 294 дні (42 тижні) від першого дня останньої менструації. Дослідження показали, що показники материнської захворюваності та смертності при неускладненій вагітності підвищуються після перевищення терміну вагітності більш ніж 42 тижні. Ризик народження мертвого плода у терміні вагітності 37 тижнів складає 1 на 3000, на 42 тижні – 3 на 3000, на 43 тижні – 6 на 3000. Жінкам з неускладненим перебігом вагітності індукцію пологів потрібно запропонувати після 41 тижня вагітності (A)
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуттів вагітної	D	

9 – ий візит
(41 тиждень вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	додаток 17
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: -можливої подальшої тактики ведення вагітності (індукція пологової діяльності або «очікувальне» ведення, обговорення позитивних та негативних наслідків кожного з варіантів) -післяпологової контрацепції. -адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою	A	Якщо вагітна обирає індукцію пологової діяльності –скеруйте її в пологовий стаціонар. Якщо вагітна обирає «очікувальну» тактику ведення – запропонуйте їй посилений антенатальний моніторинг, починаючи з 42 тижня вагітності: КТГ 2 рази на тиждень, УЗД з визначенням кількості амніотичної рідини (A)
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної	D	додаток 15

Не потрібно проводити скрінінг на патогенний стафілокок усіх вагітних (A)

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.07.2011 № 417

ПРИМІРНА ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ АКУШЕРКИ ФЕЛЬДШЕРСЬКО-АКУШЕРСЬКОГО ПУНКТУ

1. Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) є амбулаторно- поліклінічним закладом первинної ланки з наданням долікарняної медико-санітарної допомоги сільському населенню і відіграє важливу роль у лікувально-профілактичному обслуговуванні, проведенні комплексу профілактичних і оздоровчих заходів, а також санітарно-просвітницькій та протиепідемічній роботі.

2. На посаду акушерки ФАПу призначається молодший спеціаліст з медичною освітою, який закінчив вищий медичний заклад або середній спеціальний заклад і отримав кваліфікацію акушерки, фельдшера-акушерки або фельдшера.

3. Акушерка безпосередньо підпорядкована завідувачу ФАПу. Методичне керівництво роботою здійснює лікар лікувально-профілактичного закладу, відповідальний за надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню на території діяльності ФАПу.

4. Функції акушерки ФАПу:

4.1. Забезпечення надання медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим за призначенням лікаря акушера-гінеколога.

4.2. Санітарно-просвітницька робота з питань охорони материнства і дитинства, планування сім'ї та відповідального батьківства.

4.3. Ведення амбулаторного прийому на ФАПі.

4.4. Здійснення патронажу вагітних, породілей та новонароджених удома.

4.5. Здійснення екстреної акушерської і гінекологічної допомоги з подальшим направленням жінок у відповідні лікувально-профілактичні заклади, супроводжуючи їх при необхідності.

4.6. Надання першої невідкладної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках (поранення, кровотечі, отруєння та ін.) з подальшим викликом лікаря, організацію госпіталізації пацієнтки у відповідний найближчий лікувально-профілактичний заклад незалежно від відомчої підпорядкованості лікувально-профілактичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим (швидкий тест на вагітність, визначення білка у сечі, ацетона у сечі).

4.7. Здійснення фізіотерапевтичних процедур у разі спеціального навчання, стажировки., супроводжуючи хвору в необхідних випадках.

4.8. Направлення вчасно вагітних у стаціонари відповідних лікувально-профілактичних закладів.

4.9. Проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів.

4.10. Виконання лікарських призначень.

4.11. Підготовка робочого місця для прийому вагітних і гінекологічних хворих лікарем на ФАПі.

4.12.Проведення найпростіших лабораторних досліджень, пов'язаних з наданням екстреної допомоги.

4.15.Ведення документації у встановленому порядку за своїм розділом роботи.

5. Акушерка ФАПу зобов'язана:

5.1.Керуватись у своїй роботі цим Положенням, наказами, інструкціями, методичними та іншими вказівками органів охорони здоров'я, а також розпорядженнями.

5.2.Видавати довідки й інші документи медичного характеру згідно з чинними нормативними актами МОЗ України.

6. Акушерка ФАПу має право:

6.1.Спостерігати за станом здоров'я і розвитком дітей першого року життя у разі відсутності в штаті ФАПу посади патронажної медичної сестри.

6.2.Проводити у межах компетенції і професійних прав консультування з питань планування сім'ї, обстеження, встановлювати попередній діагноз, термін вагітності, виконувати медичні маніпуляції і здійснювати профілактичну роботу.

6.3.Подавати завідувачу ФАПу пропозиції щодо удосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги.

6.4.Підвищувати свої професійні знання.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.07.2011 № 417

Примірна посадова інструкція лікаря загальної практики-сімейної медицини з надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Основні компетенції сімейного лікаря:

1. Організація роботи на робочому місці;
2. Зосереджена на пацієнтові допомога;
3. Володіння спеціальними навичками;
4. Всебічний, комплексний підхід;
5. Холістичний підхід.

Медична опіка над вагітною

Профілактична та інформаційно-просвітницька робота:

1. Організація та проведення школи відповідального батьківства. Консультування та проведення навчання майбутніх батьків з питань вигодовування, догляду за залишком пуповини та шкірою немовляти, безпеки дитини, характеру сну та стулу, нормального фізичного та психічного розвитку дитини, графіку щеплень та ін.

2. Розробка індивідуальних рекомендацій та проведення консультування батьків з питань: порушення харчування і вигодовування; порушення поведінки дитини; взаємостосунків між батьками і дитиною та ін.

3. Координація вирішення психосоціальних проблем, що виникають у вагітних та в їх сім'ях.

4. Навчання вагітних раціональному режиму дня, харчування.

5. Консультування та підготовка вагітних та членів їх сім'ї до появи новонародженої дитини.

6. Консультування з питань підготовки до пологів.

7. Консультування вагітної щодо ознак початку пологів.

8. Індивідуальні і групові консультування з профілактики ІПСШ/ВІЛ, планування сім'ї, методів контрацепції, в т.ч. післяпологової контрацепції, профілактики вроджених вад розвитку (насамперед за допомогою фолієвої кислоти), репродуктивних ризиків, ендемічних хвороб; імунопрофілактики.

Діагностика вагітності, спостереження та організація маршруту вагітної

- Діагностика та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності згідно з чинним клінічним протоколом; своєчасне взяття вагітних на облік (до 12 тижнів);

- Взаємодія з другим рівнем надання медичної допомоги (своєчасне скерування вагітної до акушера-гінеколога та інструментального (УЗД) і параклінічного обстеження;
- Розробка індивідуального плану дій вагітної (і дорослих членів родини, що мешкають з нею) при ознаках початку пологової діяльності.
- Планове скерування до пологового будинку.
- Виявлення та скерування вагітних груп ризику на вищий рівень надання медичної допомоги: діагностика відхилень від фізіологічного перебігу вагітності; скерування на 2-й рівень; зворотній зв'язок з 2-м рівнем (обмін інформацією); контроль за виконанням вагітною рекомендацій спеціалістів вищого рівня
- Надання допомоги вагітним при невідкладних станах згідно клінічних протоколів і настанов; дистанційне консультування зі спеціалістами 2-го і 3-го рівнів і отримання від них вичерпної інформації щодо клінічної ситуації; організація транспортування на вищий рівень (при потребі), ретельне документування наданої допомоги; та негайне скерування до спеціаліста при прогностично важких ускладненнях вагітності.
- Динамічне спостереження за породіллями: отримання від фахівців 2-го і 3-го рівнів вичерпної інформації щодо стану породіллі і новонародженого; виконання призначень фахівців 2-го і 3-го рівнів та контроль за дотриманням їх рекомендацій породіллями; організація патронажу згідно чинних клінічних протоколів та настанов; консультування з питань гігієни післяпологового періоду та з питань підтримки грудного вигодовування.
- Профілактика, рання діагностика і надання допомоги при післяпологових ускладненнях легкого перебігу (психологічний статус, лактостаз, тріщини сосків, затримка інволюції матки) та скерування при необхідності породіль на вищий рівень; організація психосоціальної підтримки інших членів сім'ї.

Практичні і комунікативні навички

Комунікативні навички (у т.ч. проведення консультувань, бесід, лекцій, тренінгів). Оцінка стану вагітної, показників життєво важливих функцій, визначення ступеню невідкладності випадку; огляд у дзеркалах, здійснення бімануального гінекологічного обстеження, забір матеріалу для цитологічного та бактеріоскопічного дослідження, пальцеве та ректальне обстеження, огляд і пальпація молочних залоз, проведення і оцінка експрес-тесту на вагітність, вимірювання висоти стояння дна матки, обвіду живота, терміну вагітності та дати пологів за датами останньої менструації та першого руху плода, визначення положення плода в матці, оцінка стану плода (аускультация серцебиття, ведення гравідограми), визначення ступеню зрілості шийки матки, оцінка ступеня ризику у вагітних, оцінка параклінічних методів досліджень вагітної.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.07.2011 № 417

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ЖІНОЧУ КОНСУЛЬТАЦІЮ

1. Жіноча консультація – є амбулаторно-поліклінічним закладом та створюється для надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

2. Жіноча консультація може бути структурним підрозділом пологового будинку, територіального лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) або самостійним лікувально-профілактичним закладом.

3. Перелік приміщень, що пропонується для жіночої консультації:

- кабінет завідувача жіночою консультацією;
- кабінет старшої акушерки;
- кабінети лікарів-акушерів-гінекологів;
- кабінети спеціалізованих прийомів: планування сім'ї, невиношування вагітності, гінекологічної ендокринології, мамологічний кабінет, кабінет патології шийки матки, гінекології дитячого та підліткового віку, діагностики та лікування безпліддя, функціональної та пренатальної діагностики;
- кабінети інших спеціалістів: терапевта, стоматолога (зубного лікаря), психотерапевта (медичного психолога), юрист-консульта та інш.;
- фізіотерапевтичний кабінет;
- кабінет лікувальної фізкультури;
- кабінет підготовки вагітних до пологів;
- мала операційна;
- операційна;
- кімната тимчасового перебування після операції;
- процедурний кабінет;
- лабораторія;
- стерилізаційна;
- денний стаціонар;
- реєстратура.

4. Планування діяльності, фінансування, укомплектування штатами, оснащення жіночих консультацій медичною апаратурою, інструментарієм, господарським інвентарем та обладнанням проводиться відповідно до діючих нормативів в установленому порядку.

5. Керівництво роботою жіночої консультації здійснюється завідувачем жіночою консультацією.

6. Персонал жіночої консультації в своїй роботі керується діючим законодавством, положенням про жіночу консультацію, наказами, інструкціями та іншими чинними нормативними актами органів охорони здоров'я, посадовими інструкціями.

7. Розрахункова площа приміщень жіночої консультації повинна відповідати нормативним вимогам, що пред'являються до лікувальних закладів (“Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001”).

8. Основними завданнями жіночої консультації є:

8.1. Організація і проведення комплексу профілактичних заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, включаючи планування сім'ї та профілактику ПСШ.

8.2. Проведення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження ускладнень вагітності, післяпологового періоду, гінекологічних захворювань на основі сучасних досягнень науки і практики.

8.3. Раннє виявлення вагітних жінок (до 12 тижнів вагітності) та їх диспансерний нагляд. Проведення клінічного, функціонального, УЗ та лабораторного обстеження вагітної із застосуванням сучасних засобів для визначення ступеню та групи перинатального ризику з метою профілактики акушерських та перинатальних ускладнень.

8.4. Своєчасне виявлення захворювань у вагітних жінок та скерування на госпіталізацію у відділення патології вагітності пологового будинку або в інші лікувально-профілактичні установи за профілем захворювання.

8.5. Скерування вагітних жінок, які потребують лікування в стаціонарі денного перебування.

8.6. Забезпечення наступності з пологовими будинками, станцією швидкої медичної допомоги, поліклінікою та дитячою поліклінікою, спеціалізованими ЛПЗ (центри планування сім'ї, дермато-венерологічні лікарні, протитуберкульозний диспансер та ін.).

8.7. Впровадження в практику сучасних засобів діагностики та лікування ускладнень вагітності, захворювань породіль, гінекологічних захворювань.

8.8. Забезпечення необхідним обсягом функціонального та лабораторного обстеження вагітних жінок.

8.9. Організація підготовки вагітних до пологів і залученням сім'ї до навчання у “Школі відповідального батьківства”.

8.10. Організація і проведення профілактичних гінекологічних оглядів жінок з використанням сучасних методів обстеження (кольпоскопія, цитологія та інше) з метою раннього виявлення та лікування гінекологічних захворювань.

8.11. Організація та проведення консультивання сімей з питань планування сім'ї.

8.12. Диспансеризація гінекологічних хворих згідно з “Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю “Акушерство і гінекологія” в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів”.

8.13. Забезпечення правового захисту жінок, згідно з діючим законодавством, а у разі необхідності - за участю юрисконсульта.

8.14. Своєчасне надання відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами згідно з чинним законодавством, лікарняного листа у випадках тимчасової непрацездатності жінки, направлення на лікарсько-консультативну комісію та МСЕК згідно з установленим порядком.

8.15. Організація медико-генетичного консультування подружжя, молоді, що збирається до шлюбу та сімей, в яких є ризик народження (або які мають) дітей з уродженими вадами чи спадковими захворюваннями.

8.16. Забезпечення складання статистичних звітів за встановленими зразками, на основі яких проводити систематичний аналіз своєї діяльності.

8.17. Фахівцями жіночої консультації здійснюється методичне керівництво оглядовими кабінетами в багатопрофільних поліклініках за територіальним принципом.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.07.2011 № 417

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ

про жіночий оглядовий кабінет лікувально –профілактичного закладу

1. Жіночий оглядовий кабінет створюється у складі сільської амбулаторії/сільської лікарні, у поліклініках чи у поліклінічних відділеннях (центральної, міської, центральної районної лікарні), дільничої лікарні.

2. На посаду акушерки жіночого оглядового кабінету може призначатися молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки та має стаж роботи не менше 5 років.

3. Керує та контролює діяльність жіночого оглядового кабінету завідувач поліклініки, головний лікар амбулаторії/сільської лікарні, дільничої лікарні, а також контролює рівень фахової підготовки.

4. Методичне керівництво роботою кабінету здійснює завідувач територіальною жіночою консультацією, а методичне керівництво з питань онкології здійснює районний (міський) онколог.

5. Функціональні обов'язки акушерки оглядового кабінету:

5.1. Проводити профілактичні огляди жінок (за їх поінформованою згодою), які вперше протягом року звернулися до лікувально- профілактичного закладу;

5.2. Опитування про наявність порушення функцій статевої та шлунково-кишкової сфери;

5.3. Огляд шкіри, ротової порожнини та видимих слизових оболонок, огляд і пальпація молочних залоз, щитовидної залози, периферичних лімфовузлів, огляд зовнішніх статевих органів, огляд у дзеркалах піхви та шийки матки, бімануальне обстеження внутрішніх статевих органів, пальцеве обстеження прямої кишки жінкам від 30 років, а при наявності скарг – у любому віці;

5.4. Взяття цитологічних мазків у всіх жінок з дотриманням методики взяття мазків, фіксації їх і направлення до цитологічної лабораторії; зворотній зв'язок з лабораторією;

5.5. Контроль за результатами цитологічних досліджень;

5.7. Скерування осіб, а при необхідності їх активний виклик, з виявленою патологією до відповідних спеціалістів, а також зворотній зв'язок з ними;

5.8. Навчання жінок самообстеженню молочних залоз;

5.9. Ведення паспорту дільниці (регіону обслуговування) з обліком та реєстрацією виконаних профілактичних оглядів і результатами цитологічних досліджень;

5.10.Надання повідомлень територіальним жіночим консультаціям про жінок, у яких виявлено передпухлинну та онкологічну патологію жіночих статевих органів та молочної залози.

5.11.Проведення санітарно-просвітницької та роз'яснювальної роботи серед жінок з питань профілактики захворювань.

6.Оснащення жіночого кабінету проводиться відповідно до наказу МОЗ України від 04.11.2010 року № 951 «Про затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)».

7.Жіночий оглядовий кабінет розміщується у світлій кімнаті з розрахунковою площею згідно нормативним вимогам, що пред'являються до лікувальних закладів («Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001»).

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства
та санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.07.2011 № 417

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ **про кабінет патології шийки матки жіночої консультації**

1.Кабінет патології шийки матки є спеціалізованим кабінетом у жіночій консультації, яка створюється у структурі пологового будинку, територіального лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) або самостійним лікувальним закладом.

2.На посаду лікаря кабінету патології шийки матки призначається головним лікарем (пологового будинку, лікувально-профілактичного закладу або жіночої консультації) лікар акушер-гінеколог, який пройшов тематичне вдосконалення з питань патології шийки матки та постійно підвищує свою кваліфікацію.

3.Лікар акушер-гінеколог кабінету патології шийки матки в своїй роботі безпосередньо підпорядковується завідувачу жіночою консультацією та головному лікарю.

4.В своїй діяльності лікар акушер-гінеколог кабінету патології шийки матки керується цим положенням, законодавчими, нормативними документами органів охорони здоров'я, посадовою інструкцією.

5.Лікарю акушеру-гінекологу кабінету патології шийки матки безпосередньо підпорядковуються акушерка жіночої консультації та молодший медичний персонал.

6.Функціональні обов'язки лікаря акушера-гінеколога кабінету патології шийки матки:

6.1.Здійснювати прийом і лікування жінок з патологією шийки матки за направленням акушерки оглядового кабінету, лікарів акушер-гінекологів.

6.2.Проводити контроль за диспансерним спостереженням за жінками з патологією шийки матки на дільницях.

6.3.Налагодити взаємодію з онкогінекологом по своєчасному наданню медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення патології шийки матки.

6.4.Забезпечувати повне і систематичне обстеження жінок з патологією шийки матки.

6.5.Проводити контроль за своєчасністю проведення цитологічного скринінгу та достовірністю охопту цитологічним скринінгом жінок на дільницях.

6.6.Проводити санітарно-просвітницьку роботу з питань профілактики патології шийки.

6.7. Проводити аналіз по виявленню і лікуванню патології шийки матки.

7.Кабінет патології шийки матки розміщується у світлій кімнаті з розрахунковою площею згідно нормативним вимогам, що пред'являються до

лікувальних закладів (“Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров’я. ДБН В.2.2-10-2001”).

8. Оснащення кабінету патології шийки матки проводиться відповідно до наказу МОЗ України від 04.11.2010 року № 951 «Про затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)».

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства
та санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ про мамологічний кабінет лікувально-профілактичного закладу

1. Мамологічний кабінет організується в складі поліклінік (поліклінічних відділень) міських, центральних, районних лікарень, жіночих консультаціях з метою ранньої діагностики передраку та раку грудної залози і диспансерного нагляду за хворими цієї категорії.

2. На посаду лікаря мамологічного кабінету призначається фахівець, який має повну вищу освіту (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "медицина", спеціальністю "лікувальна справа" за фахом «акушер-гінеколог» чи «хірург», які пройшли курси тематичного удосконалення по мамології та гінекологічної ендокринології. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо) у встановленому порядку.

3. Лікар мамологічного кабінету підпорядковується головному лікарю поліклініки, лікарні, структурним підрозділом якої є кабінет, головному лікарю жіночої консультації. Організаційно-методичне керівництво його роботою здійснює територіальний онкологічний диспансер.

4. За стан мамологічної допомоги населенню району відповідає головний лікар закладу, на базі якого функціонує мамологічний кабінет.

5. При організації мамологічного кабінету поліклініки (поліклінічного відділення лікарні) на завідуючого цим відділенням покладається функція районного мамолога.

6. Відкриття і закриття мамологічного кабінету здійснюється у встановленому законодавством України порядку.

7. Мамологічний кабінет працює за планом, узгодженим з онкологічним диспансером і затвердженим керівником лікувального закладу, в складі якого організовано кабінет.

8. Основними завданнями лікаря мамологічного кабінету є: проведення прийому хворих, які звертаються в поліклініку з приводу захворювань грудних залоз;

надання консультативної допомоги хворим з патологією грудної залози;

проведення лікування хворих з передраковими та іншими захворюваннями грудної залози;

організація госпіталізації у 10-денний термін в онкологічні диспансери (інститути) хворих з підозрою чи наявністю злоякісного новоутворення для

дообстеження і подальшого лікування (злоякісні новоутворення грудних залоз, преінвазивні форми раку грудних залоз, злоякісні та доброякісні, захворювання м'яких тканин з локалізацією в грудній залозі, вузлові форми фіброаденоматозу грудних залоз, фіброаденоми, кісти, проліферативні види мастопатій);

здійснення скринінгу патології грудних залоз;

диспансерний нагляд за хворими із доброякісними вузловими новоутворами грудної залози повинен здійснювати лікар акушер –гінеколог, лікар хірург, із злоякісними пухлинами - лікар онколог, за жінками, віднесеними до групи ризику - лікар-терапевт дільничний, лікар загальної практики - сімейний лікар;

здійснення консультацій і патронажу на дому мамологічних хворих, які потребують цього, за виключенням хворих з IV клінічною групою, які обслуговуються лікарями-терапевтами дільничними;

проведення аналізу причин відмов і прийняття невідкладних заходів по госпіталізації для спеціального чи симптоматичного лікування хворих на злоякісні новоутворення;

здійснення обліку всіх хворих на доброякісні та злоякісні новоутворення, які проживають на території діяльності кабінету, і контролю за своєчасним направленням повідомлень про кожний випадок злоякісного новоутворення до онкологічних диспансерів;

заповнення в контрольних картах (ф. № 030-б/о) термінів проведення диспансерних оглядів мамологічних онкологічних хворих, даних про їх лікування, життєвий статус та інше.

9. Лікар мамологічного кабінету бере участь в організації протиракових заходів в районі своєї діяльності, в які входять:

профілактичні огляди населення силами медичних працівників лікувально-профілактичних закладів, в тому числі в оглядових кабінетах;

диспансеризація та лікування осіб з передпухлинними захворюваннями грудних залоз;

санітарно-освітня робота серед населення;

організація скринінгу населення з метою виявлення раку грудної залози.

10. Лікар мамологічного кабінету проводить систематичний аналіз діагностичних помилок, допущених лікарями лікувальних закладів, несе особисту відповідальність за якість і повноту розбору давнених випадків злоякісних новоутворень на протиракових комісіях. Протоколи розбору давнених випадків раку грудної залози подаються в онкологічні диспансери не рідше 1 разу на 2 місяці.

11. Мамологічний кабінет повинен мати окреме приміщення для прийому хворих, зберігання медичної документації та санітарно просвітницької роботи,

12. Перелік обладнання мамологічних кабінетів для проведення лікувально-діагностичної роботи та скринінгу:

- комп'ютер персональний (для скринінгової програми);
- плівковий мамограф з проявочною машиною;

- цифрова ультразвукова діагностична система для мамологічних досліджень;

- набір для трепан-біопсії.

13. Штати медичного персоналу мамологічного кабінету встановлюються залежно від обсягу робіт згідно нормативних документів МОЗ України (наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33).

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства та
санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

ПРИМІРНА ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ ЗАВІДУВАЧА ЖІНОЧОЮ КОНСУЛЬТАЦІЄЮ

1. На посаду завідувача жіночою консультацією призначається кваліфікований спеціаліст, який пройшов спеціалізацію, має сертифікат лікаря-спеціаліста за спеціальністю акушерство і гінекологія, досвід лікувальної та організаційної роботи за фахом не менш 5 років та не нижче II кваліфікаційної категорії.

2. Завідувач жіночою консультацією призначається та звільняється головним лікарем лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), в складі якого знаходиться жіноча консультація (у разі коли жіноча консультація є самостійним закладом – управлінням охорони здоров'я, якому вона підпорядковується).

3. Завідувач жіночою консультацією безпосередньо підпорядковується головному лікарю ЛПЗ (заступнику по медичній частині).

4. Завідувач жіночою консультацією в своїй роботі керується чинними нормативними актами, положенням про жіночу консультацію, посадовою інструкцією.

5. Основними завданнями завідувача жіночою консультацією є організація надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

6. Завідувач жіночою консультацією забезпечує:

6.1. Умови діяльності медичного персоналу жіночої консультації.

6.2. Проведення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання небажанної вагітності, ускладнень вагітності, післяпологового періоду, гінекологічних захворювань.

6.3. Впровадження в практику роботи сучасних методів профілактики, діагностики та лікування ускладнень вагітності і гінекологічних захворювань, сучасних форм та методів амбулаторно-акушерської допомоги;

6.4. Розширення обсягу та вдосконалення диспансерного методу обслуговування вагітних, породіль та хворих з гінекологічними захворюваннями;

6.5. Надання консультативної допомоги;

6.6. Взаємозв'язок із ЛПЗ вищого рівня в обстеженні та лікуванні вагітних та хворих з гінекологічними захворюваннями (пологовими будинками, станцією швидкої невідкладної допомоги, поліклінікою та дитячою

поліклінікою, а також з іншими лікувально-профілактичними установами (центрами планування сім'ї, протитуберкульозним, шкірно-венеричним, онкологічним диспансерами);

6.7. Забезпечення акушерсько-гінекологічною допомогою жінок, які працюють на промислових підприємствах, у господарствах, розташованих в районі діяльності жіночої консультації, визначення медичних показань тим, хто потребує переведення на іншу роботу;

6.8. Виявлення та скерування хворих з гінекологічними захворюваннями на санаторно-курортне лікування.

6.9. Участь в розробці та здійсненні заходів щодо організації охорони праці та здоров'я жінок спільно з власником або уповноваженим органом підприємств.

6.10. Впровадження методів планування сім'ї.

6.11. Організацію та проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення.

6.12. Ведення облікової медичної документації за формами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України.

6.13. Контроль за якістю лікувально-профілактичної роботи, трудової дисципліни медичного персоналу жіночої консультації.

6.14. Організацію та проведення заходів, спрямованих на підвищення кваліфікації медичного персоналу, а також виховання в нього почуття професійного обов'язку та відповідальності.

6.15. Раціональне використання ресурсів (існуючої медичної техніки, обладнання, коштів).

6.16. Аналіз своєчасності видачі листків непрацездатності з вагітності та пологів; тимчасовій непрацездатності, направлення в установленому порядку осіб з втратою працездатності на ЛКК і МСЕК.

6.17. Забезпечення зберігання, обліку й видачі лікарняних листів.

6.18. Забезпечення надійного санітарного гігієнічного режиму.

7. Завідувач жіночою консультацією зобов'язаний:

7.1. Своєчасно доводити до відома медичного персоналу накази, розпорядження, інструктивно-методичні вказівки вищих організацій, посадових осіб та забезпечувати їх виконання.

7.2. Складати графік роботи лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу, а також розклад роботи всіх кабінетів жіночої консультації.

7.3. Надавати консультативну допомогу лікарям акушерам-гінекологам консультації, а також іншим фахівцям лікувально-профілактичного закладу.

7.4. Аналізувати основні показники діяльності жіночої консультації та впроваджувати заходи з поліпшення її роботи.

7.5. Розробляти плани роботи жіночої консультації.

7.6. Проводити оперативні наради, конференції із залученням наукових фахівців та розробок, розборів тяжких випадків захворювань та перинатальної смертності новонароджених;

8. Завідувач жіночою консультацією має право:

8.1. Брати участь в роботі з підбору кадрів жіночої консультації;

8.2. Вносити пропозиції або вирішувати питання щодо заохочення найкращих працівників або накладення дисциплінарних стягнень за умови порушення правил внутрішнього трудового розпорядку;

8.3. Перевіряти ведення лікарями облікової медичної документації, лікувальний та діагностичний процес в жіночій консультації;

8.4. Підвищувати професійну кваліфікацію;

8.5. Бути присутнім на амбулаторному прийомі лікарів акушерів гінекологів з наступним проведенням аналізу їх роботи.

9. Завідуючий жіночою консультацією використовує в своїй роботі законодавство України, нормативні акти МОЗ України, органів охорони здоров'я, рішення медичних нарад, методичні рекомендації тощо.

10. Відповідальний за техніку безпеки.

11. Відповідальний за протипожежну безпеку.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства
та санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

ПРИМІРНА ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ ЛІКАРЯ - АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ

1. На посаду лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації призначається спеціаліст з вищою медичною освітою, який має первинну спеціалізацію та сертифікат лікаря-спеціаліста за спеціальністю акушерство та гінекологія.

2. На посаду лікар акушер-гінеколог жіночої консультації призначається головним лікарем згідно з існуючим законодавством.

3. Лікар акушер-гінеколог в своїй роботі безпосередньо підпорядковується завідувачу жіночою консультацією та головному лікарю.

4. В своїй діяльності лікар акушер-гінеколог керується цим положенням, законодавчими, нормативними документами органів охорони здоров'я, посадовою інструкцією.

5. Лікарю акушеру-гінекологу жіночої консультації безпосередньо підпорядковуються акушерка жіночої консультації та молодший медичний персонал.

6. Оцінка діяльності лікаря акушера-гінеколога проводиться на основі аналізу проведення профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів, показників жіночого здоров'я, а також здійснення оздоровчих методів жінкам з групи диспансерного нагляду.

7. Лікар акушер-гінеколог зобов'язаний:

7.1. Здійснювати прийом жінок у жіночій консультації.

7.2. Відвідувати хворих і вагітних на дому за викликом.

7.3. Виконувати активний акушерський патронаж вдома.

7.4. Проводити активну санітарно-просвітницьку діяльність щодо здорового способу життя, безпечного материнства, планування сім'ї, тощо.

7.5. Вести профілактичну роботу з виявлення ускладнень вагітності, а також факторів ризику, що загрожують фізіологічному виношуванню вагітності.

7.6. Здійснювати динамічне спостереження за станом здоров'я вагітних жінок, забезпечувати взяття на диспансерний нагляд вагітних в ранні терміни вагітності (до 12 тижнів).

7.7. Забезпечувати повне та систематичне обстеження вагітних із застосуванням клінічних, функціональних, лабораторних та ультразвукових методів дослідження з метою раннього виявлення материнської та

перинатальної патології, вибору акушерської тактики в залежності від факторів акушерського та перинатального ризику та розробки плану ведення вагітності та пологів, забезпечення безпечного материнства.

7.8. Виявляти своєчасно вагітних, які потребують лікування в акушерських та спеціалізованих стаціонарах, в денних стаціонарах жіночих консультацій, та направляти їх на лікування у відповідні заклади охорони здоров'я.

7.9. Підтримувати постійний зв'язок з пологовими будинками, лікарями-спеціалістами поліклініки (терапевтами, педіатрами та лікарями інших спеціальностей), спеціалізованими медичними закладами (дермато-венерологічними, протитуберкульозними лікарнями та іншими).

7.10. Проводити заняття з вагітними до пологів в "Школі відповідального батьківства".

7.11. Проводити профілактичні гінекологічні огляди жінок з використанням сучасних методів обстеження (кольпоскопія, цитологія та інше) з метою раннього виявлення та лікування гінекологічних захворювань.

7.12. Здійснювати огляд молочних залоз, навчати жінок методам самообстеження молочних залоз.

7.13. Проводити консультування жінок з питань планування сім'ї.

7.14. Проводити диспансеризацію гінекологічних хворих згідно з "Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю "Акушерство і гінекологія" в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів".

7.15. Сприяти правовому захисту жінок, згідно з діючим законодавством, у разі необхідності - за участю юрисконсульта.

7.16. Забезпечувати надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, які працюють на підприємствах та в установах району обслуговування.

7.17. Своєчасно надавати відпустку у зв'язку з вагітністю та пологами згідно з діючим законодавством, видавати лікарняні листи у випадках тимчасової непрацездатності, та направлення на лікарсько-консультативну комісію та МСЕК згідно з встановленим порядком.

7.18. Своєчасно скеровувати на медико-генетичне консультування подружжя, молодь, що збирається до шлюбу, сім'ї з ризиком народження та тих, що мають дітей з уродженими вадами чи спадковими захворюваннями.

7.19. Вести роботу з навчання середнього та молодшого медичного персоналу.

7.20. Виконувати та контролювати техніку безпеки (далі-ТБ) та пожежну безпеку (далі-ПБ).

8. Лікар акушер-гінеколог має право:

8.1. Брати участь в нарадах, на яких розглядаються питання, що відносяться до роботи лікаря.

8.3. Вносити пропозиції щодо поліпшення якості роботи.

8.4. Подавати завідувачу жіночою консультацією пропозиції про накладення стягнень або заохочення на осіб, підлеглих лікарю.

8.5. Лікар має право, за погодженням з адміністрацією, відмовитись від ведення пацієнта, якщо останній не виконує лікарських призначень або правил внутрішнього розпорядку ЛПЗ.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства
та санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

ПРИМІРНА ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ СТАРШОЇ АКУШЕРКИ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ

1. Посаду старшої акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки, має досвід практичної і організаційної роботи і стаж роботи акушеркою не менш 5 років.

2. Старша акушерка жіночої консультації приймається на роботу та звільнюється керівником лікувально-профілактичного закладу, до складу якого входить жіноча консультація або завідувачем жіночої консультації.

3. Старша акушерка жіночої консультації знаходиться в підпорядкуванні завідувача жіночої консультації.

4. У своїй роботі старша акушерка жіночої консультації керується положенням про жіночу консультацію, діючим законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні старшої акушерки жіночої консультації знаходиться середній і молодший медичний персонал консультації.

6. Основним завданням старшої акушерки жіночої консультації є правильна організація праці середнього і молодшого медичного персоналу та забезпечення своєчасного виконання ними лікарських призначень вагітним і гінекологічним хворим.

7. Відповідно до основних завдань старша акушерка жіночої консультації забезпечує:

7.1. Ознайомлення середнього і молодшого медичного персоналу з їх обов'язками.

7.2. Контроль за своєчасним і кваліфікованим виконанням акушерками лікувальних і діагностичних призначень лікарів у жіночій консультації та вдома; ведення ними облікової медичної документації відповідно до форм, затверджених МОЗ України; дотриманням середнім і молодшим медичним персоналом встановлених правил внутрішнього трудового розпорядку.

7.3. Проведення заходів щодо раціональної організації праці середнього і молодшого персоналу.

7.4. Раціональний розподіл та використання кадрів середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.5. Своєчасність заміщення акушерок і молодшого персоналу, які не вийшли на роботу.

7.6. Належний санітарно-гігієнічний стан жіночої консультації.

7.7. Поповнення, правильне збереження і витрати медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментарію та предметів господарського призначення для потреб жіночої консультації.

7.8. Правильне збереження та облік отруйних, наркотичних і сильнодіючих лікарських засобів.

7.9. Своєчасний обмін медичної документації між жіночою консультацією та пологовим будинком (відділенням).

7.10. Складання графіків роботи середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.11. Розробку і проведення заходів щодо підвищення кваліфікації середнього, молодшого медичного персоналу та виховання їх у дусі сумлінного відношення до праці та високої культури обслуговування населення.

8. Старша акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.2. Давати вказівки підпорядкованим їй середнім і молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.3. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накладення на них дисциплінарних стягнень за окремі упущення в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства
та санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.07.2011 № 417

ПРИМІРНА ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ АКУШЕРКИ ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ

1. Посаду акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки.

2. Акушерка приймається на роботу та звільнюється керівником лікувально-профілактичного закладу.

3. Акушерка знаходиться в підпорядкуванні лікаря акушера-гінеколога, завідувача жіночої консультації та старшої акушерки.

4. У своїй роботі акушерка керується діючим законодавством, положенням про жіночу консультацію, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. Основним завданням акушерки являється проведення лікувально-профілактичної та санітарно-просвітньої роботи в області акушерства та гінекології під керівництвом лікаря.

6. У відповідності до основних завдань акушерка здійснює:

6.1. Підготовку амбулаторного прийому, який проводить лікар;

6.2. Ознайомлення жінок з правилами внутрішнього розпорядку та режимом роботи жіночої консультації.

6.3. Допомогу лікарю під час проведення діагностичних, лікувальних та оперативних маніпуляцій.

6.4. Проведення разом з лікарем профілактичних гінекологічних оглядів.

6.5. Санітарно-просвітницьку роботу в області акушерства та гінекології, в т.ч. випуск санітарних бюлетенів, зокрема з питань планування сім'ї.

6.6. Контроль за роботою молодшого медичного персоналу.

6.8. Контроль за відвідуванням вагітних та хворих, які підлягають диспансерному обліку.

7. Акушерка жіночої консультації зобов'язана:

7.1. Виконувати правила асептики та антисептики, правильно стерилізувати, обробляти та зберігати перев'язувальний матеріал та інструменти медичного призначення.

7.2. Вести медичну облікову документацію.

7.3. Виконувати при необхідності обов'язки операційної сестри.

7.4. Надавати першу медичну допомогу при невідкладних станах з послідувачим викликом лікаря.

7.5. Звітувати завідувачу відділення, у разі його відсутності черговому лікарю про всі ускладнення або хвороби у вагітних чи гінекологічних хворих.

7.6. Виконувати акушерський патронаж.

7.7. Проводити санітарно-просвітницьку роботу вагітних, членів їх сімей про особливості гігієни вагітних, раціональне харчування, необхідність регулярного відвідування лікаря.

7.8. При виявленні відхилень від нормального стану скерувати на прийом до лікаря - акушера-гінеколога.

7.9. Результати патронажу акушерка повинна звітувати лікарю та записувати в патронажний журнал.

8. Акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Вносити пропозиції завідувачу відділення з раціонального розподілу роботи.

8.2. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.3. Давати вказівки підпорядкованим їй молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.4. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накладення на них дисциплінарних стягнень за окремі упущення в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства
та санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ АМБУЛАТОРНОЇ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

1	Наявність сучасного медичного обладнання для надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги	90% і більше	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання / кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання X 100	Табель Оснащення, затверджений наказом МОЗ України від 04.11.2010 №951
2	Наявність ЛПМД надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги	95% і більше	Наявність у закладі ЛПМД надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги на електронних та /або паперових носіях / кількість затверджених наказами МОЗ України УКПМДМ X 100	Накази МОЗ України, якими затверджено УКПМДМ
3	Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям УКПМДМ та ЛПМД	95-98%	Кількість медичних працівників, які задіяні у виконанні ЛПМД та пройшли навчання з медико-організаційних технологій наявних УКПМДМ та ЛПМД / загальну кількість медичних працівників, які задіяні у виконанні ЛПМД (фізичних осіб) X 100	Журнал навчання медичного персоналу
4	Своєчасність постановки на облік вагітних, %	90,0 - 95,0%	Кількість жінок, які поставлено на облік до 12 тижнів вагітності/ загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	Індивідуаль-на карта вагітної і породіллі, 111/о, Ф. 21
5	Охоплення вагітних УЗД	98,0- 99,0 %	Кількість вагітних, що пройшли УЗД дворазово у терміні вагітності до 21 тижня / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	Індивідуаль-на карта вагітної і породіллі, 111/о, Ф. 21
6	Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ/СНІД	90,0- 95,0%	Кількість вагітних, що пройшли обстеженням на ВІЛ/СНІД дворазово у терміні вагітності до 23 тижня / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	Індивідуаль-на карта вагітної і породіллі, 111/о, Ф. 21
7	Охоплення вагітних обстеженням на НВsAg	99,0- 99,5%	Кількість вагітних, що пройшли обстеженням на / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	Індивідуаль-на карта вагітної і породіллі, Ф. 111/о, Ф. 21
8	Частота антенатальної загибелі плоду	5,4 на 1000	Кількість вагітних, у яких відбулася антенатальна загибель	Індивідуаль-на карта вагітної і породіллі,

		вагітних і менше	плоду у терміні вагітності 22 тижні і більше / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 1000	Ф.111/о, Дані стат. управління
9	Охоплення жінок скринінгом на рак шийки матки	70,0-75,0% і більше	Кількість жінок 18 років і старших, яким протягом останніх 3 років проведено скринінг на рак шийки матки/ загальну кількість жінок 18 років і старших X 100	Медична карта амбулаторного хворого, медичний паспорт дільниці, Ф. 20
10	Виявлення онкозахворювань в I-II стадіях: - рак молочної залози - рак шийки матки - рак тіла матки - рак яєчників	80,0-90,0% 75,0-90,0% 75,0-85,0% 40,0-55,0%	Кількість виявлених жінок з окремими онкозахворюваннями в I-II стадіях/ загальну кількість вперше зареєстрованих хворих з окремими онкозахворюваннями X 100	Ф. 35 зд.
11	Летальність до 1 року: -рак молочної залози - рак шийки матки - рак тіла матки - рак яєчників	8,0% і менше 12,0% і менше 8,0% і менше 20,0% і менше	Кількість померлих жінок упродовж одного року після виявлення онкозахворювання /кількість жінок з вперше виявленим онкозахворюванням у попередньому році X 100	Ф.35 зд.

**Директор Департаменту охорони
материнства, дитинства
та санаторного забезпечення**

С.І. Осташко

РЕКОМЕНДАЦІЇ

лікаря загальної практики-сімейної медицини

При виявленні у вагітних наступних патологічних станів вони підлягають **консультації акушера-гінеколога:**

- анемія вагітних середнього та важкого ступеня (гемоглобін менше 90 г/л);
- загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень із статевих шляхів;
- загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування;
- затримка росту плода (без порушення функціонального стану плода);
- набряки вагітних без наявності гемодинамічних порушень;

СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ **НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ**
АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У I ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і відсутності візуалізації плідного яйця на УЗД
- Виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріону, нечітка візуалізація ембріону
- Блювання вагітних середнього та важкого ступеня з кетонурією
- Періодичні тягнучі болі у нижній ділянці живота
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Кров'яністі виділення із піхви

СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ **НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ**
АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У II ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Періодичні тягнучі болі унизу живота.
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Зміна характеру виділень (надмірні водяністі) або кров'яністі виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин)
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв

- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)

СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У ІІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Періодичні тягнучі болі унизу живота
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин)
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв.
- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)
- Головний біль при поєднанні з підвищенням АТ
- Неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- Поява або прогресування змін на очному дні;

ПОКАЗАННЯ ДО НЕГАЙНОЇ ГОСПІТАЛІЗЦІЇ

- кров'янисті виділення зі статевих шляхів;
- відходження навколоплодових вод;
- підвищення температури тіла вище 38;
- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< $100 \cdot 10^9$ /л);
- будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій;

АНКЕТА ВАГІТНОЇ

(заповнюється вагітною при першому зверненні)

Дата: _____

ПІП: _____

Вік: _____

Адреса: _____

Тел.: _____

Професія: _____

1. Дані про здоров'я жінки*Будь ласка, вкажіть, яку хворобу із наступних Ви маєте або мали*

СНІД/ВІЛ	так	ні	Не знаю	Захворювання жовчного міхура	Так	ні	Не знаю
Високий кров'яний тиск	так	ні	Не знаю	Захворювання нирок, набряки	Так	ні	Не знаю
Тромбофлебіт	так	ні	Не знаю	Інфекції сечових шляхів, цистит	Так	ні	Не знаю
Цукровий діабет	так	ні	Не знаю	Туберкульоз	Так	ні	Не знаю
Головні болі	так	ні	Не знаю	Рак	Так	ні	Не знаю
Розлади зору	так	ні	Не знаю	Бронхіальна астма	Так	ні	Не знаю
Жовтуха	так	ні	Не знаю	Захворювання щитовидної залози	Так	ні	Не знаю
Серцебиття, задишка	так	ні	Не знаю	Депресія, психічні розлади	Так	ні	Не знаю
Ревматизм, вади серця	так	ні	Не знаю	Анемія	Так	ні	Не знаю
Епілепсія	так	ні	Не знаю	Інше	так	ні	Не знаю

2. Дані про здоров'я сім'ї*Будь ласка, вкажіть яку хворобу мають Ваші батьки, брати (сестри), діти або дід (баба)*

Хвороба	Мати	Батько	Брат	Сестра	Дитина	Мати чоловіка	Батько чоловіка
Високий кров'яний тиск							
Захворювання серця, вади серця							
Цукровий діабет							
Рак							
Вроджені аномалії							
Близнюки							
Захворювання щитовидної залози							
Розлади згортання крові, варикоз вен							
Туберкульоз							
Бронхіальна астма							
Психічні розлади							
Інше							

3. Ліки

Будь ласка, вкажіть ліки і відповідні дози, які Ви вживаєте зараз:

4. Хірургічні втручання

Операція	Рік	Лікарня	Результат операції

5. Алергічні прояви

Будь ласка, вкажіть, які лікові алергії та їхні відповідні реакції Ви маєте:

Ліки	Реакція

6. Соціальний анамнез

Ви палите? Так Ні Як часто? _____

Вживаєте алкоголь? Так Ні Як часто? _____

Ви приймаєте транквілізатори? Так Ні Як часто? _____

Ви приймаєте наркотики? Так Ні Які? _____

У Вас активне статеве життя? Так Ні

Скільки статевих партнерів Ви мали протягом останнього року?

Чи робили Вам коли-небудь переливання крові? Так Ні Вкажіть причину

Чи були ускладнення переливання крові? _____

7. Історія вагітностей (включаючи пологи, викидні та аборти)

В якому році були попередні вагітності	Як закінчилась вагітність (народження дитини, викидень або аборт)?	Тривалість (тижнів)	Стать дитини	Вага (гр)	Тривалість пологів	Вид пологів (вчасні, передчасні, кесарський розтин)	Ускладнення (кровотеча, інфекція, вишкрібання)

8. Характер менструальної функції

Перша менструація в _____ років

Частота (кількість днів з початку однієї менструації до другої) _____ днів

Тривалість _____ днів

Кількість (легка, середня, значна) _____

Дисменорея (менструальні болі) _____

Кровотечі _____

Останній нормальний менструальний період _____

9. Історія гінекологічних захворювань та процедур

Чи мали Ви будь-яке із наступних захворювань:

Гонорея	так	ні	Не знаю	СНІД	так	ні	Не знаю
Хламідії	так	ні	Не знаю	Кандидоз	так	ні	Не знаю
Сифіліс	так	ні	Не знаю	Трихоманоз	так	ні	Не знаю
Бородавки статевих органів	так	ні	Не знаю	Кольпоскопія шийки матки	так	ні	Не знаю
Вагінальний герпес	так	ні	Не знаю	Діатермокоагуляція/кріохірургія шийки матки	так	ні	Не знаю
Інфекції маткових труб? Хронічні захворювання статевих органів	так	ні	Не знаю	Конізація шийки матки	так	ні	Не знаю
Бетагемолітичний стрептокок?	так	ні	Не знаю	Лазерна хірургія, лапароскопія	так	ні	Не знаю
Патологічні виділення	так	ні	Не знаю	Операції на статевих органах	так	ні	Не знаю
Дані онкоцитології	так	ні	Не знаю	Цитомегаловірус	так	ні	Не знаю
Токсоплазмоз	так	ні	Не знаю	Інше	так	ні	Не знаю

10. Застосування протизаплідних методів

Метод	Дата	Ефективність	Ускладнення
Протизаплідні пігулки			
Внутрішньоматкові засоби			
Діафрагма			
Презервативи			
Піна, гель, крем			
Норплант			
Природній			
Депо Провера			

Підпис _____

Форма інформованої згоди

ДО УВАГИ ПАЦІЄНТА!

Уважно прочитайте і вивчіть документ.

Керуйтеся основними його положеннями в своїх інтересах.

З'ясуйте з медичними працівниками незрозумілі для Вас питання.

Ви можете внести в текст зміни і поправки на свій розсуд.

З А Я В А

(кому: назва медичного закладу і його адреса)

про згоду на комплекс медичних обстежень та виконання рекомендацій лікаря під час моєї вагітності (далі Згода).

1. Будь-ласка, напишіть нижче Ваші П.І.Б.

Я, _____

2. Будь-ласка, підпишіться _____

3. Напишіть нижче поштову адресу Вашого фактичного місця проживання і Ваші контактні телефони _____

У відповідь на отриману інформацію від свого лікуючого лікаря про перебіг моєї вагітності, про важливість виконання мною всіх рекомендацій медичних працівників про відповідальність за здоров'я моєї майбутньої дитини, а також запропонованих лікарем шляхів вирішення моїх медичних проблем, заповненням цієї форми, завіреної моїм підписом, **даю офіційну згоду:**

- систематично відвідувати лікаря у призначений мені день і годину (в разі неможливості візиту до лікаря зобов'язуюсь повідомити його у телефонному режимі чи в іншій формі);

- вчасно проходити всі запропоновані мені методи обстеження (лабораторні, фізікальні, УЗД);

- при необхідності бути оглянутою іншими фахівцями (при наявності показів);

- при необхідності пройти медико-генетичне консультування та провести обстеження на спадкову патологію та вади розвитку плода (лабораторні, фізікальні, інвазивні);

- при необхідності бути скерованою на вищий рівень надання медичної допомоги;

- при необхідності пройти курс лікування амбулаторно чи в стаціонарних умовах.

Я підтверджую, що для прийняття рішення про Згоду, я достатньо інформована в доступній для мене формі:

- про мету, метод і терміни запропонованих мені обстежень і втручань;

- про прогнозовану для мене перевагу медичних втручань;

- про ризик можливих ускладнень медичних втручань, а також можливих негативних наслідків лікування;

- про професійну кваліфікацію медичного персоналу.

Я підтверджую, що для прийняття рішень про Згоду я достатньо інформована і про інші альтернативні способи вирішення моїх медичних проблем, а також про лікувальні заклади, де вони виконуються (державні і приватні заклади).

Я підтверджую, що для прийняття остаточного рішення про згоду, я мала достатньо можливостей для незалежного пошуку та отримання необхідної інформації, а також її аналізу та порівняння.

Я підтверджую, що можлива шкода від медичних втручань для мене менш значуща, ніж обставини, які спонукали мене погодитися на них, і тому я **ДОБРОВІЛЬНО І СВІДОМО** даю свою згоду на застосування по відношенню до мене запропонованого комплексу медичних втручань, а також інших медичних втручань, які будуть доповнювати і забезпечувати адекватний лікувальний процес.

Тим не менше, нижче я вказую медичні втручання, від яких я відмовляюся за будь-яких обставин, крім випадків безпосередньої загрози для мого життя та життя моєї дитини або повторного узгодження зі мною: _____

Я знаю, що не існує абсолютно безпечних медичних втручань і будь-який медичний вплив на людину викликає відповідні реакції його організму, які іноді можуть бути атиповими не передбачуваними. І я розумію, що медичні фахівці проведуть всі можливі заходи для попередження загрози моєму життю і спричинення шкоди моєму здоров'ю і здоров'ю моєї дитини.

Я не заперечую, щоб у моїх інтересах були задіяні інші компетентні медичні установи.

Я знаю, що суворе дотримання призначень і рекомендацій лікарів є необхідною умовою для успішного результату, тому я беру на себе зобов'язання неухильно виконувати всі вимоги до мене, як до пацієнта. І я визнаю, що несу відповідальність за результати медичних втручань, у разі відхилень з мого боку від приписів лікарів.

Я підтверджую, що обізнана про те, що можу відмовитися від даної Згоди на свій розсуд, до початку медичних втручань шляхом написання відповідної заяви і обов'язкового своєчасного повідомлення про це лікуючого лікаря або відповідального представника _____

(назва медичної установи)

На випадок моєї медичної недієздатності, тут, я вказую людину, якій я довіряю представляти мої інтереси і приймати від мого імені рішення виключно з медичних питань, що виходять від лікарів і потребують моєї згоди: _____

(П.І.Б.)

фактичне місце проживання та контактна інформація (робочі, домашні, мобільні телефони)

Я підтверджую, що мала необмежену можливість вносити зміни в текст цього документа на свій розсуд.

Пацієнт

(_____)

підпис

вкажіть Ваші П.І.Б.

(Вкажіть прописом дату Вашого підпису)

Цей документ підписаний у присутності свідків:

підпис свідка

П.І.Б. Контактна інформація

підпис свідка

П.І.Б. Контактна інформація

ВИПISKA З АМБУЛАТОРНОЇ КАРТИ

Видається дільничним терапевтом, лікарем загальної практики (сімейним лікарем) вагітній жінці в жіночу консультацію для прогнозу перебігу вагітності та вибору тактики ведення вагітності та пологів

П.І.Б. _____ Дата народження _____

1. Основний діагноз

_____ (докладний, із зазначенням активності, стадії, ускладнень, проведеного хірургічного лікування тощо)

2. Супутні захворювання

3. Перенесені в минулому хвороби

_____ (інфекційні, соматичні із зазначенням років захворювання)

4. Перенесені хірургічні втручання

_____ (діагноз, назва операції, рік)

5. Ускладнення наркозу

(які саме, від якого наркозу)

6. Перенесені алергічні реакції

(на який алерген, у якій формі, коли, однократно чи кілька разів)

7. Спадковість: Цукровий діабет

(який тип, в кого з родичів)

Артеріальна гіпертензія

(який тип, в кого з родичів)

Спадкові хвороби

(який тип, в кого з родичів)

Вроджені вади

(який тип, в кого з родичів)

Інше

(який тип, в кого з родичів)

8. Туберкульоз в родині

(яка форма, в кого з родичів)

8.1 Результат флюорографічного/рентгенологічного дослідження,
дата _____

9. Шкідливі умови праці

(які саме)

10. Постійне лікування

(що приймає постійно, який контроль лікування)

11. Інформація про проведену вакцинацію

12. Інша важлива медична інформація

Лікар (дільничний терапевт, лікар загальної практики-сімейної медицини)

«___» _____ 20___ р.
(дата заповнення)

(підпис, П.І. П/Б. та особиста печатка)

Екстрагенітальні захворювання у вагітних, які потребують спільного спостереження акушера-гінеколога і профільного фахівця

Шифр МКХ-10	Діагноз
Інфекційні та паразитарні хвороби	
A15-A19	Туберкульоз
A50-A52	Сифіліс
B18	Хронічний вірусний гепатит
B20-B24	Хвороба, спричинена ВІЛ
Злоякісні новоутворення	
C00-C97	Злоякісні новоутворення будь-якої локалізації
Хвороби крові та кровотворних органів	
D55- D59	Гемолітичні анемії
D60, D61	Апластичні анемії
D65-D69	Геморагічні стани
D75.0, D75.1	Поліцитемія
D75.2	Тромбоцитоз
D86	Саркоїдоз
Хвороби ендокринної системи, порушення обміну речовин	
E00-E07	Хвороби щитовидної залози
E10-E14	Цукровий діабет
E20-E35	Порушення інших ендокринних залоз
E70-E90	Порушення обміну речовин
Розлади психіки та поведінки	
F01	Судинна деменція
F03	Не уточнена деменція
F04	Органічний амнестичний синдром, не спричинений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами
F06	Інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби
F07	Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку
F09	Не уточнений органічний або симптоматичний психічний розлад
F10 - F19	Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин
F20	Шизофренія
F22	Хронічні маячні розлади
F25	Шизоафективні розлади
F28	Інші неорганічні психотичні розлади
F29	Неорганічний психоз, неуточнений
F60- F69	Розлади особистості та поведінки у зрілому віці
F70-F79	Розумова відсталість
Хвороби нервової системи	
G00-G99	Хронічні захворювання центральної та периферичної нервової системи
Хвороби системи кровообігу	
I05-108	Вади мітрального, аортального, тристулкового клапанів
I34-136	Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба
I10-I13	Вторинна гіпертензія

I25	Хронічна ішемічна хвороба серця
I27.0	Ідіопатична легенева гіпертензія
I27.1	Кіфосколіотична хвороба серця
I27.9	Легеневе серце (хронічне)
I31	Хвороби перикарда
I42.0	Дилатаційна кардіоміопатія
I42.1	Обструктивна гіпертрофічна кардіоміопатія
I42.3-I42.9	Кардіоміопатія
I50	Серцева недостатність
I71	Аневризма та розшарування аорти
Q20-Q28	Уроджені вади розвитку системи кровообігу
Хвороби органів дихання	
J43	Емфізема
J44	Хронічне обструктивне захворювання легень
J60-J70	Хвороби легень, спричинені зовнішніми агентами
J84	Хронічні інтерстиціальні легеневі хвороби
J96.1	Хронічна дихальна недостатність
J98.4	Кістозна хвороба легень
J98.5	Хвороби середостіння
J98.6	Хвороби діафрагми
Хвороби органів травлення	
K22.2	Непрохідність стравоходу
K31.5	Непрохідність 12-палої кишки
K50	Хвороба Крона
K51	Виразковий коліт
K57	Дивертикулярна хвороба кишечника
K70	Алкогольна хвороба печінки
K72.1	Хронічна печінкова недостатність
K73.2	Хронічний активний гепатит
K74	Фіброз і цироз печінки
K76.6	Портальна гіпертензія
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	
M30	Вузликівий периартеріт та споріднені стани
M31	Інші некротизуючі васкулопатії
M32	Системний червоний вовчак
M33	Дерматополіміозит
M34	Системна склеродермія
M35	Інші системні ураження сполучної тканини
M40	Кіфоз
M41	Сколіоз
Хвороби сечостатевої системи	
N00- N08	Гломерулярні хвороби
N10- N16	Тубулоінтерстиціальні хвороби нирок
N18	Хронічна ниркова недостатність
N20-N23	Сечокам'яна хвороба
N25-N39	Інші хвороби сечовидільної системи

Примітка. Постійного спільного спостереження акушера-гінеколога та профільного фахівця потребують жінки з іншими хронічними захворюваннями, які не увійшли до вище наведеного переліку, якщо вагітність може обтяжити перебіг цих захворювань, спричинити ускладнення, зумовити загрозу здоров'ю жінки.

ПОКАЗАННЯ ДО НАПРАВЛЕННЯ ВАГІТНОЇ НА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ *

1. Вік вагітної 35 років і більше. Вік чоловіка 40 років і більше.
2. Наявність у одного з подружжя спадкової патології, хромосомної перебудови або вродженої(их) вади розвитку.
3. Наявність у вагітної фенілкетонурії, муковісцидозу та інших спадкових захворювань
4. Наявність в родині живих або померлих дітей зі:
 - спадковою або хромосомною патологією;
 - вродженими вадами розвитку - ізольованими або множинними;
 - розумовою відсталістю;
 - мертвонародженням.
5. Наявність вищезазначеної патології серед родичів.
6. Кровноспоріднений шлюб.
7. Звичне невиношування вагітності невстановленого генезу у I триместрі вагітності.
8. Несприятливі впливи у ранні терміни вагітності (захворювання, діагностичні або лікувальні процедури, прийом медикаментів).
9. Ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання з раннього терміну, яка не піддається терапії, багатоводдя і маловоддя).
10. Вагітні після ДРТ.
11. Патологія плода, виявлена при пренатальному скринінгу (УЗ, біохімічні маркери, високий індивідуальний генетичний ризик виникнення хромосомної та деякої вродженої патології).
12. Наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних із професією.

Медико-генетичну консультацію бажано проводити поза вагітністю, або в її ранні терміни з детальною випискою про перебіг попередніх вагітностей, пологів, стану новонародженого, результатів обстеження, даних патолого-анатомічного дослідження.

Пренатальний консіліум

Дата _____

ЛПЗ _____

П.І.П.вагітної _____

Дата народження _____

Адреса _____

Термін вагітності _____ тижн.

Склад комісії: акушер-гінеколог _____

Генетик _____

Профільні фахівці (відповідно до виявленої патології) _____

Пренатально встановлений діагноз _____

Код МКХ-10 _____

Переривання вагітності за медичними показаннями рекомендовано \ ні

Відмова вагітної від переривання (причина) _____

Поінформована відмова _____ П.І.П.
(підпис вагітної)

Рекомендації _____

Місце проведення пологів, рекомендоване на консіліумі: _____

(підписи)

ПРОТОКОЛ
ультразвукового обстеження вагітних

I УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів)

Дата " ____ " _____ 200_ р.

Інд. карта N _____

ПІБ _____

Дата народження _____ Дата обстеження _____ 1-й день о/м _____

Методика сканування: трансабдомінальна / трансвагінальна

Розміри матки: довжина _____ ширина _____ передньо-задній _____

Контури матки рівні, чіткі (нерівні, бугристі).

Має серединне положення (зміщена праворуч, ліворуч).

Структура міометрію не змінена (змінена). Тонус міометрію не підвищений (підвищений по передній, задній стінці, локальний гіпертонус _____).

Патологічні ехо-включення _____

Об'ємні утворення: _____ Перетинка у матці _____

У порожнині матки візуалізується одне (два, три) плідне яйце правильної форми (_____).

Діаметр плідного яйця _____ мм Кількість ембріонів: _____

Ділянки відшарування плідного яйця не визначаються (визначаються у області _____).

БІОМЕТРІЯ ПЛОДУ

Куприко-тім'яний розмір (КТР) _____ мм

Біпаріетальний розмір (БПР) _____ мм

Кістки черепа візуалізуються (не візуалізуються)

Окружність живота _____ мм

Середній діаметр живота _____ мм

Довжина стегна _____ мм

Інші: _____

Комірцевий простір _____ мм

Наявність носової кістки _____ мм (візуалізуються, не візуалізуються)

Інші ехо-маркери хромосомних синдромів (лицевий кут, трикуспідальна регургітація, кровоплин у венозній протоці) _____

Серце _____ Серцебиття (є / ні) ЧСС _____ уд./хв.

Передня черевна стінка _____ (цілісність, наявність киля)

Рухова активність плода (нормальна, знижена, відсутня) _____

Локалізація хоріону: _____, товщина _____ мм, структура _____

Шийка матки: _____ мм; цервікальний канал _____ мм, діаметр внутрішнього вічка: _____ мм

Стан придатків матки _____

Особливості _____

Висновок УЗД: _____

Підпис лікаря _____ П.І.Б.

ПРОТОКОЛ
ультразвукового обстеження вагітних
II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)

Дата "___" _____ 200_ р.

ПІБ _____

Дата народження _____ Дата обстеження _____ 1-й день о/м _____

Кількість плодів: один, два, три

Положення плода: поздовжнє, поперечне, косе, нестійке

Передлежання: головне, сідничне

Серцебиття _____ ЧСС _____ уд./хв. Рухи плода _____

Параметри плода	мм	Параметри плода	мм
Біпаріетальний розмір (БПР)		Нирка права	
Лобно-потиличний розмір (ЛПР)		Нирка ліва	
Окружність голови		Сичовий міхур	
Цефалічний індекс		Довжини стегна(ДС)	
Мозочок		Довжина великої бердової кістки	
Інтраокулярний розмір		Довжина малої бердової кістки	
Діаметр грудної клітини (СДГК)		Стопа	
Серед. діаметр живота (СДЖ)		Довжина плеча	
Окружність живота		Довжина ліктьової кістки	
Серце		Довжина променевої кістки	
Шлунок		кисть	

Структура мозку:

Серединне М-ехо _____ мм , бокові шлуночки мозку: _____ мм, велика цистерна _____ мм,

Хребтовий стовбур _____

Серце: положення нормальне (аномальне) _____, 4-камерний зріз серця: візуалізується (не візуалізується)

розмір, локалізація, позиція, камери

(клапани, перетинки, ендокард, перикард)

Діафрагма без особливостей (патологія, не візуалізується).

Кишечник ехогенність не підвищена (підвищена), петлі не розширені (розширені до _____ мм)

Передня черевна стінка _____

Структури обличчя : Лицьові розщілини не візуалізуються

(візуалізуються) _____.

Носова кістка _____ мм.

Розмір шийної складки _____ мм

Кількість навколоплідних вод: нормальна, збільшена, зменшена(водна кишень)

Локалізація плаценти: передня, задня, права бокова, ліва бокова стінки, дно матки

Ступінь зрілості м/вічко: _____ Перекриває плаценти: _____

Товщина плаценти: _____ мм. Структура плаценти: _____

Реверсний кровоток у венозний протоці _____

Пуповина: кількість судин: _____ обвиття пуповини немає (є) _____

Передлежання судин пуповини (є, ні), оболонкове прикріплення судин (є, ні) _____

Патологія матки, органів м/тазу _____

Підозра або наявні вади розвитку плода (ВВР) _____

Висновок УЗД _____

Підпис лікаря: _____ П.І.Б.

«Школа підготовки сім'ї до пологів»

Мета: підготовка сімейної пари до відповідального батьківства, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері шляхом консультативної адаптації до вагітності, підготовки до пологів та перебігу післяпологового періоду.

Організація допологового навчання є одним з принципів, який підтверджений безпечністю та ефективністю.

Заняття для навчання батьків організуються у допологовий період, щоб майбутні батьки могли зустрітись у подібній ситуації, поділитись досвідом та знаннями, а також обговорити надії, страх та сподівання.

Допологове навчання має ряд переваг:

- сприяє значному зниженню застосування знеболюючих препаратів під час пологів;
- сприяє підвищенню настрою та викликає позитивні емоції у жінки та членів родини після пологів;
- не має негативних наслідків.

Завдання допологової підготовки:

1. Формування позитивного ставлення жінки до вагітності, пологів та майбутньої дитини.
2. Психопрофілактична підготовка вагітної до пологів.
3. Підготовка партнера або членів родини до участі у пологах, усвідомлення своєї ролі в процесі вагітності та пологах.
4. Відпрацювання теоретичних та практичних навичок поведінки під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді.
5. Навчання майбутніх батьків принципам грудного вигодовування та правилам догляду за новонародженим.
6. Консультування з питань післяпологової контрацепції.

Заняття у школах відповідального батьківства повинен проводити підготовлений персонал: лікарі акушер-гінекологи, акушерки, неонатологи, психолог. Навчання може проводитись у жіночих консультаціях, центрах репродуктивного здоров'я, акушерських стаціонарах (відділеннях патології вагітності), навчальних закладах, РАЦС.

Вимоги до приміщення для занять:

- Світле
- Тепле
- Просторе (для можливості групових занять жінок та їх партнерів, а також виконання фізичних вправ)
 - Наявність туалетної кімнати, місця для миття рук, рідкого мила, одноразових рушничків
 - Наявність чистої питної води

Обладнання включає:

- Достатню кількість стільців, матів
- Телевізор, аудіо- та відеоапаратуру
- Шведську стінку
- М'ячі для аеробіки
- Стільчики для пологів
- Манекени (ляльки, молочна залоза)
- Стенди та інформаційні матеріали

Розклад занять має бути зручним для жінок та їх партнерів. Оптимальна тривалість одного заняття – не більше 1 години. Заняття повинні проводитись у першому, другому та третьому триместрах вагітності. Теми занять мають бути актуальними для кожного триместру. Тривалість курсу узгоджується з учасниками.

Рекомендовані теми для занять:

1. Про перебіг вагітності:

- Фізіологічні та психологічні зміни під час вагітності
- Внутрішньоутробний розвиток плода
- Харчування та здоровий спосіб життя
- Фізична активність
- Гігієна під час вагітності
- Тривожні симптоми під час вагітності
- Статеве життя
- Роль батька/партнера

2. Про народження дитини:

- Фізіологія пологів, «пологи без страху»
- Партнерські пологи та роль партнера
- Перший період пологів та практичні вправи: альтернативні методи знеболення пологів, релаксація, вільний вибір позиції
- Другий період пологів та практичні вправи: раціональне положення жінки у другому періоді пологів, контакт «шкіра-до шкіри»
- Третій період пологів (активне та фізіологічне ведення, переваги та недоліки)
- Раннє грудне вигодовування

3. Про післяпологовий період:

- Принципи грудного вигодовування
- Метод лактаційної аменореї
- Догляд за новонародженим
- Гігієна післяпологового періоду
- Тривожні симптоми для матері та дитини
- Профілактика синдрому раптової смерті дитини
- Планування сім'ї, методи контрацепції

**Начальнику управління
(відділу) молоді, сім'ї і спорту
(районної, обласної адміністрації)
Начальнику центру соціальних
служб**

Інформую Вас, що вагітна _____

_____,
(П.І.Б., поштова адреса, місце проживання, контактні телефони)

яка перебуває на обліку з приводу даної вагітності в _____

(назва медичного закладу і його адреса)

систематично не відвідує лікаря жіночої консультації, категорично відмовляється від запропонованого їй обстеження і лікування (потрібне підкреслити), що загрожує здоров'ю її та ненародженої дитини. Сім'я вагітної проживає в незадовільних матеріально-побутових умовах.

Прошу в межах Вашої компетенції вжити необхідні заходи і взяти під соціальний супровід дану вагітну.

Про вжиті заходи прошу письмово повідомити.

Головний лікар

П.І.Б.

(підпис)

Скринінг на гестаційний діабет

Гестаційний діабет (діабет вагітних) – порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, що виникло або вперше виявлене під час вагітності.

Обстеження на гестаційний діабет підлягають усі вагітні жінки.

Вагітним, у яких немає чинників ризику гестаційного діабету, проводять 2-годинний пероральний тест толерантності до глюкози (ПТТГ) у терміні 24-28 тижнів.

Вагітним, які мають один чи більше чинників ризику гестаційного діабету, ПТТГ проводять відразу після першого звернення з приводу вагітності. У разі негативного результату ПТТГ повторюють у терміні 24-28 тижнів.

Чинники ризику гестаційного діабету:

- цукровий діабет у родичів першого ступеня,
- ожиріння,
- гестаційний діабет під час попередньої (їх) вагітності (ей),
- макросомія попередньої дитини (маса новонародженого понад 4000 г),
- мертвонародження в анамнезі.

ПТТГ проводять у ранковий час після 8-годинного утримання від їжі за умови відсутності гострих захворювань, травм чи оперативних втручань. Глікемію визначають у плазмі венозної крові лабораторним методом (не за допомогою експрес-аналізатора!).

Після забору крові натще вагітній дають випити упродовж 3-5 хвилин 75 г глюкози, яку розчинено у 300 мл води (можна додати сік свіжого лимона). Повторний забір крові здійснюють через 2 години. Упродовж цього часу вагітна має перебувати у стані спокою, їй дозволяють пити негазовану воду, не дозволяють їсти і палити.

Нормативи глікемії при проведенні ПТТГ такі (ВООЗ, 1999): натще $\leq 5,5$ ммоль/л (100 мг/дл), через 2 години після навантаження $< 7,8$ ммоль/л (140 мг/дл). Тест вважається позитивним, якщо глікемія натще та/або після навантаження перевищує нормативні показники (відповідно $> 5,5$ ммоль/л і $\geq 7,8$ ммоль/л). У разі позитивного результату ПТТГ слід повторити наступної доби. При підтвердженні позитивного результату діагноз гестаційного діабету вважається встановленим, і вагітну в подальшому спостерігають спільно акушер-гінеколог і ендокринолог згідно з клінічним протоколом «Ведення вагітності у хворих на гестаційний діабет» (наказ МОЗ України від 15.12.2003 р. №582).

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 08410 Затверджена наказом МОЗ України 27 грудня 1999р. №302
Найменування закладу		
Лікарський висновок про переведення вагітної на іншу роботу		
Прізвище, ім'я, по батькові		
Місце роботи і посада		
Вагітність	тижнів	
Підстава для переведення		
Рекомендована робота		
Прізвище, ім'я, по батькові лікаря		Підпис
Дата видачі: “ _____ ” _____ р.		
Перевод здійснений		
Посада керівника		
Підпис Дата “ _____ ” _____ р.		
Узгоджено Голова профкому Підпис _____		

Щоденник самопочуття вагітної

Домашні записи вагітної

Домашні записи вагітної – це прості та ефективні засоби зниження материнської, перинатальної та неонатальної захворюваності та смертності, які широко та успішно використовуються у багатьох країнах світу понад 30 років.

Домашні записи допомагають вагітним жінкам самостійно реєструвати свій стан, якомога раніше визначати свої проблеми та вчасно звернутися за допомогою, одночасно з цим підвищується і ефективність використання закладів антенатального догляду.

Мета ведення щоденнику

- Раннє виявлення проблем
- Заохочення своєчасного звернення у медичні заклади у випадку виникнення ускладнень.
- Покращити спостереження за жінками під час вагітності.
- Підвищити участь жінки, її сім'ї та спільноти у догляді за своїм здоров'ям.

Яку інформацію містить?

- ППІ, адреса, сімейний стан, найближчі родичі, місце роботи або навчання
- Стан здоров'я у теперішній час
- Відомості про дану вагітність (дата останнього менструального циклу, обстеження)
- Місце для запису самою жінкою про перебіг вагітності
- Тривожні ознаки
- Загальні замітки та інші записи.

Можливі загрози під час вагітності, при яких вагітна жінка має негайно звернутися за допомогою (надаються кожній вагітній)

Кровотеча з піхви

Зміна характеру рухів плода

Сильний головний біль

Затьмарений зір

Лихоманка та озноб

Біль при сечовиділенні

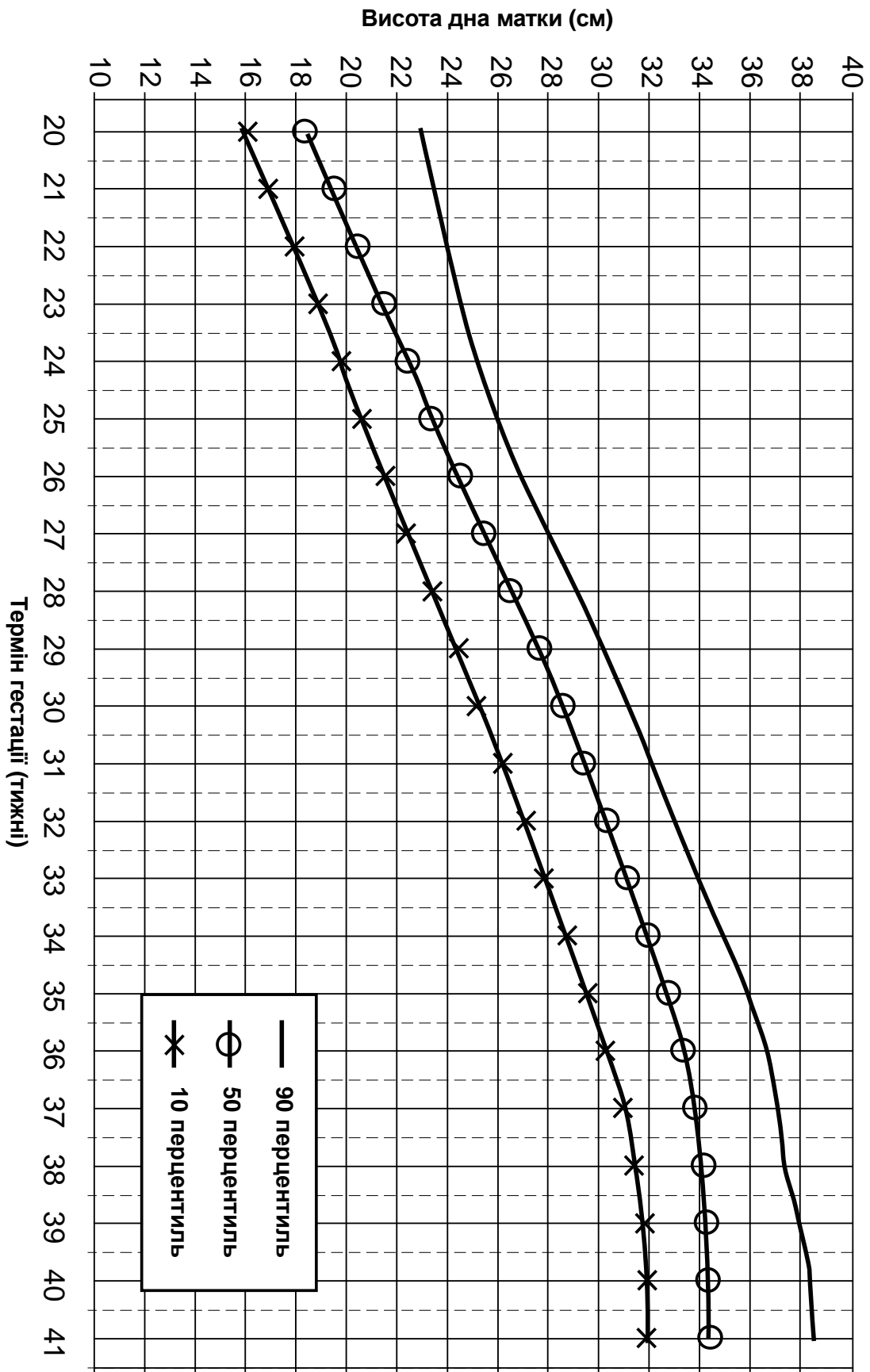
Постійні скорочення матки

Раптові набряки, особливо обличчя та рук

Нудота, блювання, пронос

Підтікання або відходження навколоплідних вод

ГРАВІДОГРАМА



**ПЕРЕЛІК ПОКАЗАНЬ ДО НАПРАВЛЕННЯ ВАГІТНИХ
ТА ПАЦІЄНТОК З АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
У ДЕННІ СТАЦІОНАРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ
ЗАКЛАДІВ**

1. Направленню у денний стаціонар підлягають вагітні з наступними патологічними станами

1. Прееклампсія легкого ступеню.
2. Компенсовані форми хронічної екстрагенітальної патології, що не потребують цілодобового нагляду (обстеження профільними фахівцями та лікування).
3. Необхідність визначення функціонального стану плода (проведення КТГ, біофізичного профілю плода, т.ін.).
4. Стан після проведення допоміжних репродуктивних технологій.
5. Патологія амніотичної рідини для клініко-лабораторного обстеження.

II. Направленню у денний стаціонар підлягають жінки з наступною гінекологічною патологією:

1. Хронічні запальні захворювання геніталій в стадії загострення (для проведення комплексного обстеження, терапії та реабілітаційних заходів).
2. Ендометріоз – для попереднього обстеження, симптоматичної терапії та реабілітаційних заходів.
3. Пацієнтки, що перенесли гінекологічні операції з розтином черевної стінки, - для проведення комплексу реабілітаційних заходів.

III. Пацієнтки, які потребують проведення наступних діагностичних маніпуляцій та малих гінекологічних операцій:

1. Вакуум-аспірація в малих термінах вагітності (до 20 днів затримки менструації).
2. Кріодеструкції та лазеротерапії шийки матки.
3. Видалення поліпа зовнішніх статевих органів, цервікального каналу.
4. Гістеросальпінгографія.
5. Діагностичне вишкрібання.

ПРЕКОНЦЕПЦІЙНА ПІДГОТОВКА ВАГІТНОЇ ДО НАРОДЖЕННЯ ДИТИНИ

1. Харчування

- Повноцінне харчування під час вагітності. Калорійність раціону має складати близько 2400 ккал/добу. В раціон необхідно включати близько 60-80 г білка, продуктів харчування, в яких велика кількість клітковини, молоко та молочнокислі продукти.
- Обмежити вживання жирів та вуглеводів.
- Рекомендується щоденно вживати овочі, фрукти, фруктові соки.
- При ожирінні рекомендується білково-рослинна дієта, проведення розвантажувальних днів.

2. Відпочинок та фізичне навантаження

- Не допускати фізичного навантаження, яке пов'язане із підніманням важких предметів, тривалого знаходження у вертикальному положенні. Уникати перевтоми, нічної праці, тривалого перегляду телевізійних передач. Забезпечувати повноцінний сон у нічний час при відсутності світла (особливо близько 2-ої години ночі) для створення умов синтезу мелатоніну..

- За умови відсутності акушерських ускладнень рекомендуються фізичні вправи середньої сили з рівномірним навантаженням різних груп м'язів, спеціальні курси аеробіки.

3. Максимально уникати контакту з шкідливими впливами (хімічними, фізичними) як на роботі, так і в побуті.

– Відмова від паління та «пасивного» куріння, вживання алкоголю.

3. Вітамінні та інші біологічно активні комплекси

• Фолієва кислота

Дефіцит фолієвої кислоти здебільшого розвивається під час вагітності. Добова потреба фолієвої кислоти 400 мкг, яка збільшується вдвічі під час вагітності та в період лактації. Фолієва кислота надходить в організм з продуктами харчування. Найбільша кількість її міститься у фруктах, овочах, шпинаті, спаржі, салаті брокколі, динях, бананах.

При дефіциті фолієвої кислоти розвивається фолієводефіцитна анемія та вади розвитку центральної нервової системи плода.

Рекомендується щоденний прийом 400 мкг фолієвої кислоти до настання вагітності та в ранні строки (до 12 тижнів) для профілактики вад розвитку центральної нервової системи плода.

- **Полівітаміни та мінерали (поєднання вітаміну А, рибофлавіну, цинку, магнію, кальцію, йоду)** – перед заплідненням та в ранні строки вагітності попереджує виникнення вад розвитку у плода та поліпшує стан матері.

4. Оздоровлення жінки:

- Лікування вогнищ хронічної інфекції та запобігання гострих інфекційних захворювань
- Лікування хронічних захворювань до компенсованого стану.

5. Контроль овуляції та синхронізація процесів овуляції та запліднення

Рекомендації щодо поведінки під час вагітності

Захід	Обґрунтування застосування
І. Здоровий спосіб життя	Народження здорової дитини
<p>1.1. Повна відмова від тютюнопаління під час вагітності та грудного вигодовування</p> <p>1.2. Відмова від тютюнопаління у дитячій кімнаті</p>	<p>Негативний вплив нікотину та монооксиду вуглероду:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Незадовільне харчування у жінок, які палять • Підвищена потреба у вітамінах С, Е, залізі • Підвищення частоти переривання вагітності: самовільних викиднів та передчасних пологів • Зниження маси тіла плода (на 127-274 г) • Відмова від тютюнопаління у 1 триместрі знижує ризик розвитку синдрому затримки росту плода • Зростання частоти мертвонароджень • Передлежання плаценти • Зменшення продукції материнського молока • Зниження темпів росту дитини • Ризик виникнення синдрому раптової малюкової смертності
<p>2. Абсолютна відмова від вживання алкоголю (особливо перед зачаттям та 1 триместрі вагітності)</p> <p>2.1. Вживання алкоголю у дозі 0,5г/кг в день має негативний вплив на розвиток дитини</p>	<p>Алкоголь проникає у кров плода та виділяється з грудним молоком.</p> <p>Негативна дія алкоголю проявляється:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зростанням частоти переривання вагітності - самовільних викиднів та передчасних пологів • Відшаруванням плаценти • Мертвонародженням • Розвитком алкогольного синдрому плода, який має наступні ознаки: <ul style="list-style-type: none"> - затримка росту плода та новонародженого - мікроцефалія - дефекти розвитку очей - вади розвитку обличчя - патологія суглобів - затримка розумового розвитку

	дитини
<p>3. Відмова від вживання наркотичних речовин під час вагітності</p>	<p>Негативна дія наркотичних речовин проявляється:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зростанням частоти переривання вагітності - самовільних викиднів та передчасних пологів • Відшаруванням плаценти • Мертвонародженням • Розвиток абстинентного синдрому плода • Підвищеним ризиком інфікування ВІЛ-інфекцією, гепатитом С.
<p>4. Зловживання кофеїном, який міститься у каві, чаї, напінках типу кока-коли</p>	<p>Проникає через плаценту та виділяється з грудним молоком</p> <p>Надмірне вживання кофеїну під час вагітності проявляється:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зростанням частоти переривання вагітності - самовільних викиднів та передчасних пологів • Низькою масою тіла при народженні <p>Надмірне вживання кофеїну під час лактації проявляється:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Підвищеним збудженням та роздратованістю дитини • Порушенням сну • Зниженням вмісту заліза у молоці та організмі дитини
<p>5. Відпочинок та фізичне навантаження:</p> <p>5.1. Уникати перевтоми</p> <p>5.2. Не рекомендується фізичне навантаження з підніманням важких предметів</p> <p>5.3. У разі відсутності акушерських ускладнень не протипоказані фізичні вправи та заняття типу аеробіки</p>	<p>Негативний вплив може проявитись:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Перериванням вагітності - Відшаруванням плаценти - Мертвонародженням - Травматизацією жінки та плода
<p>II. Рациональне харчування</p> <p>Дотримання 12 принципів рационального харчування ВОЗ</p> <p>Піраміда здорового харчування (Додаток)</p> <p>1. Здорове харчування має</p>	<p>За допомогою харчування ми задовільняємо потреби та витрати організму в енергії</p> <p>Середні витрати організму вагітної жінки зростають на 200- 300 ккал в день (у 2-3 триместрі) і складають 2200- 2300 ккал.</p> <p>Рекомендована прибавка маси тіла під</p>

<p>бути різноманітним та помірним</p> <p>2. Хліб, круп'яні та макаронні вироби, рис, картоплю рекомендується їсти декілька раз на день</p> <p>3. Різноманітні овочі та фрукти рекомендується їсти декілька раз на день (більше 500 г/день). Співвідношення овочів до фруктів – 2:1.</p> <p>4. Щоденно вживати молоко та молочні продукти з низьким вмістом жиру (1,5-2,5% жирності): кефір, кисле молоко, сир, йогурт</p> <p>5. Вживати нежирні сорти м'яса та м'ясних продуктів, птицю, рибу, яйця та бобові продукти</p> <p>6. Обмежити вживання «видимих» жирів у кашах, на бутербродах, вживати не жирні сорти м'яса та молочних продуктів.</p> <p>7. Обмежити вживання цукру, кондитерських виробів, десертів.</p> <p>8. Загальне вживання солі повинно не перевищувати 1 чайну ложку (бг) на день. Рекомендується вживати йодовану сіль.</p> <p>9. У разі вживання спиртних напунків, загальна кількість спирту у них не повинна перевищувати 20 г чистого спирту на день.</p> <p>10. Дотримуватись ідеального індексу маси тіла (норма 20-25).</p> <p>11. Надавати перевагу приготуванню їжі паровим методом, відварюванню та</p>	<p>час вагітності:</p> <p>Індекс маси тіла Показник Вага</p> <p>Низький <19,8 12,5-18,0</p> <p>Нормальний 19,9-26,0 11,5-16,0</p> <p>Надмірний 26,1-29,0 7,0-11,5</p> <p>Ожиріння >29,0 => 7,0</p> <p>Ризики, що пов'язані з недостатньою прибавкою маси тіла під час вагітності:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Передчасні пологи • Затримка росту плода • Низька маса тіла дитини при народженні • Висока перинатальна смертність <p>Ризики, що пов'язані з надмірною прибавкою маси тіла під час вагітності:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гіпертонія та розвиток прееклампсії • Гестаційний діабет • Інфекції сечовидільної системи • Тромбофлебіт • Утрудненні пологи • Великий плід • Ризик розвитку ожиріння та діабету у дитини • Висока перинатальна смертність
--	--

<p>приготуванню у мікрохвильовій пічці. Частота прийомів їжі – 3 основних та 2 проміжних, що знижує використання жиру, масла, солі та цукру</p> <p>12. Дотримуватись грудного вигодовування протягом перших 6 місяців, яке може бути продовжено до 2 років.</p> <p>Корисні для вагітної джерела фолієвої кислоти:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Бобові • Зелені овочі • Шпинат • Капуста брюссельська та кольорова • Салат • Банани • Апельсини. 	
<p>Вітамін С не синтезується у людському організмі, тому є необхідність у постійному його поповненні.</p> <p>Для повного насичення тканин для вагітних добова потреба у вітаміні С складає 50 мг.</p> <p>Продукти, які містять добову дозу (50 мг) вітаміну С:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 великий апельсин, • 100 мл свіжого апельсинового соку, • 90 г полуниці, • 1 грейпфрут • 1 великий зелений перець • 2 середні картоплини. 	<p>Вітамін С має наступні властивості :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Підвищує засвоєння «негемового» заліза • Необхідний для синтезу колагену • Антиоксидантну дію
<p>Кальцій 300 мг кальцію покриває потреби плода та вимоги лактації.</p> <p>Продукти з високим вмістом клітковини погіршують засвоєння кальцію.</p> <p>Джерела кальцію – молоко</p>	<p>Додавання кальцію під час вагітності викликає невелике зниження ризику розвитку гіпертензії при неускладненій вагітності та у групі ризику щодо розвитку даного ускладнення.</p> <p>Достатньо переконливих даних</p>

<p>та молочні продукти (1 чашка молока – 250 мг кальцію).</p> <p>Вміст кальцію у грудному молоці не залежить від вмісту кальцію у раціоні матері.</p>	<p>відносно впливу кальцію з метою профілактики передчасних пологів немає, але у групі жінок з високим ризиком прееклампсії, ризик передчасних пологів знижується. Даних відносно впливу кальцію на показник перинатальної смертності немає.</p>
<p>Йод – дуже важливий елемент для розвитку та функціонування організму, так як є самим важливим компонентом гормонів щитовидної залози.</p> <p>Щоденна доза йоду, рекомендована ВОЗ, ЮНІСЕФ і Міжнародною Радою по контролю за йод-дефіцитними захворюваннями, для вагітних жінок та породіль, що вигодовують грудним молоком, повинна складати 200 мг.</p> <p>У основному йод поступає в організм з продуктами харчування.</p> <p>Вміст йоду в фруктах, овочах, злакових та м'ясі залежить від вмісту йоду у ґрунті.</p> <p>Джерела йоду – морська риба та продукти моря.</p> <p>Найкраща профілактика гіпотиреоїдизму – вживання йодованої солі.</p>	<p>Додавання йоду у регіонах з високим рівнем ендемічності по кретинізму призводить до значного зниження частоти даної захворювання при відсутності побічних дій.</p> <p>Негативні наслідки йодної недостатності:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гіпотиреоїдизм плода, креатинізм • Викидні, мертвонародження • Низька маса тіла при народженні • Висока перинатальна та дитяча смертність • Зоб та гіпотиреоїдизм матері
<p>Вітамін Д</p> <p>Під час вагітності та лактації рекомендована потреба 10 мкг або 400 МО вітаміну Д.</p> <p>Жінкам з вживанням недостатньої кількості вітаміну Д та неможливістю перебувати під сонячним освітленням, рекомендується призначати препарати вітаміну Д.</p>	<p>Вітамін Д та кальцій попереджують розвиток рахіту у новонароджених та зменшують частоту неонатальної гіпокальціємії.</p>
<p>Залізо</p> <p>Біля 5-20% заліза, яке вживається з їжею, засвоюється.</p> <p>Залізо входить до складу гему (червоний пігменту риб та тварин) – засвоюється на 20-30%.</p>	<p>Добавки заліза та фолатів після першого триместру не мають суттєвого впливу на перебіг вагітності, пологів та стан плода. Якщо є ознаки істинного дефіциту заліза, показана терапія препаратами заліза.</p> <p>Але результати клінічного</p>

<p>«Негемоване» залізо, яке міститься у рослинних продуктах, молоці, яйцях, засвоюється гірше – 2-7%.</p> <p>Вітамін С, тваринний білок та деякі органічні кислоти покращують засвоєння «негемованого» заліза.</p> <p>Жінки з достатніми запасами заліза в організмі не потребують додаткового призначення заліза.</p> <p>Спірні дані відносно призначення препаратів заліза всім вагітним (30 мг на день).</p> <p>Потреба у залізі під час лактації не перевищує таку під час вагітності.</p> <p>Вміст заліза у грудному молоці не залежить від вмісту заліза у раціоні матері.</p>	<p>дослідження свідчать, що рутинне призначення препаратів заліза призвело до підвищення перинатальної смертності та збільшення частоти ускладнень внаслідок прийому цих препаратів.</p>
<p>Полівітаміни</p> <p>Адекватне харчування під час вагітності та лактації забезпечує надходження до організму достатньої кількості вітамінів та поживних речовин.</p> <p>Внаслідок існування заперечливих думок, необмежене вживання полівітамінів під час вагітності не рекомендується, якщо не доведена їх очевидна необхідність.</p> <p>Деякі вітаміни, як А, Д, В₁₂, можуть накопичуватись в організмі та стати токсичними у великих дозах.</p>	<p>Несприятливий вплив прийому полівітамінівних добавок:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Необґрунтовані витрати • Тривала залежність • Погане засвоєння • Токсичність • Дисбаланс поживних речовин
<p>Поживні речовини у грудному молоці</p> <p>Група 1 – залежать від харчування матері: йод, селен, вітаміни В₁, В₆, В₁₂, А.</p> <p>Група 2 – не залежать від харчування – білок, кальцій, залізо.</p> <p>Додаткове призначення даних препаратів більш корисно для матері, ніж для дитини.</p>	<p>Група 1- недостатнє вживання жінкою, яка вигодовує грудним молоком, призводить до низької концентрації у грудному молоці.</p> <p>Група 2 - не впливають на концентрацію у грудному молоці</p>

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

- Гіпертензивні розлади при попередніх вагітностях
- Хронічні захворювання нирок
- Аутоімунні захворювання (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак та ін.)
- Цукровий діабет
- Хронічна артеріальна гіпертензія
- Збільшений індекс маси тіла
- Преєклампсія при вагітності у матері вагітної

Шкала рівнів доказовості досліджень, що склали основу клінічних рекомендації:

A (I) – систематичний огляд або високоякісний мета-аналіз РКД, окреме високоякісне РКД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

B (II-III) – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень “ випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження “ випадок-контроль”. Рекомендації цього рівня мають високий рівень вірогідності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

C (IY) – окремі дослідження або дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних вирішень за відсутності доказів рівня A(I) і B(II-III).

D (Y) – думка експертів, що базується на досвіді або даних експериментальних досліджень. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження A(I), B(II-III), C(IY) не проводилися з етичних або інших причин.

"ЗАТВЕРДЖЕНО"
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.07.2011 № 417

НОРМАТИВИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ЗА СПЕЦІАЛЬНОСТЮ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» В УМОВАХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

ЗАГАЛЬНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ (РУБРИКА А)

1. Рекомендації щодо формування здорового способу життя.
2. Рекомендації щодо планування сім'ї.
3. Рекомендації щодо попередження ІПСШ.
4. Навчання методу самообстеження молочних залоз.
5. Проведення онкоцитологічного обстеження шийки матки.
6. Визначення титрів Ig G до CMV, HSV, токсоплазм, хламідій у сироватці крові до планованої вагітності.

ЗАГАЛЬНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ (РУБРИКА Б)

1. Преконцепційна підготовка.
2. Рекомендації щодо харчування протягом вагітності.
3. Рекомендації щодо запобігання впливу шкідливих факторів на організм вагітної.
4. Інформування щодо небезпеки самолікування під час вагітності.
5. Рекомендації щодо працевлаштування на період вагітності.

СТАНДАРТНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (РУБРИКА В).

1. Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини).
2. Загальний огляд; пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легенів; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів, вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ (при постановці на облік).
3. Огляд та пальпація молочних залоз; вимірювання висоти стояння дна матки із занесенням даних до гравідограми; вимірювання АТ, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання маси тіла (всім вагітним при

кожному візиті); огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен; аускультация ЧСС плода (всім вагітним з 25-26 тижня вагітності).

4. Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження) (при постановці на облік).

5. Мазок на цитологічне дослідження (при постановці на облік).

6. Мазок на флору (при постановці на облік за показаннями: при наявності скарг та клінічних проявів).

7. Лабораторні обстеження:

- загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білку (при постановці на облік і при кожному відвідуванні);

- посів сечі для виявлення безсимптомної бактеріурії (при постановці на облік);

- визначення групи крові та резус-належності (при постановці на облік);

- аналіз крові на наявність антитіл при Rh негативній належності крові (при постановці на облік та у 28 тижнів).

- загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);

- серологічне обстеження на сифіліс (перше при постановці на облік, друге - у 29 тижнів вагітності);

- тест на наявність HbsAg (при постановці на облік);

- двогодинний тест толерантності до глюкози (всім вагітним у 25-26 тижнів).

8. Тест на ВІЛ-інфекцію (перший при постановці на облік, другий в 22-23 тижні вагітності). Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах

9. УЗ-обстеження: **Перше** - в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності; **Друге** - в терміні вагітності 18-21 тиждень. Проведення третього планового УЗД визначається індивідуально (висока група ризику вродженої вади серця або ін.).

10. Біохімічний скринінг I триместру в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності (РАРР-А, вільний β -ХГ); II триместру у терміні 16-20 тижнів (АФП + вільний β -ХГ (double-test), або (АФП + вільний β -ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді – всім або за показаннями). Вагітним жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності і не були включені до групи високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП.

ЗАГАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ (РУБРИКА Г)

1. Анамнез.
2. Загальне фізикальне обстеження.
3. Клінічне обстеження молочних залоз.
4. Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах.
5. Кольпоскопія.
6. Бімануальне гінекологічне обстеження.
7. УЗД органів малого тазу.
8. Онкоцитологічне дослідження мазків з шийки матки.
9. Дослідження крові на сифіліс; ВІЛ (за інформованої згоди).

СТАНДАРТНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ (РУБРИКА Г1)

1. Анамнез.
2. Загальне фізикальне обстеження.
3. Клінічне обстеження молочних залоз.
4. Бімануальне ректоабдомінальне обстеження.
5. УЗД органів малого тазу.
6. Аналіз калу на яйця глистів.

СТАНДАРТНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ (лапаротомні, вагінальні гінекологічні операції, операційна гістероскопія, лапароскопія) (РУБРИКА Д)

1. Група крові та Rh-фактор.
2. Дослідження крові на сифіліс; ВІЛ.
3. Загальний аналіз крові з формулою.
4. Загальний аналіз сечі.
5. Цукор крові.
6. Біохімічні аналізи крові (білірубін, креатинін, електроліти, коагулограма).
7. Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви і цервікального каналу.
8. Кольпоскопія.
9. Онкоцитологічне дослідження або результат патогістологічного дослідження.
10. УЗД органів малого тазу.
11. Електрокардіограма.
12. Рентгенографія легень.
14. Огляд терапевта.
15. Огляд та рекомендації, надані профільними спеціалістами (за показаннями).

СТАНДАРТНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ МАЛИХ ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ВТРУЧАНЬ (РУБРИКА Д1)

1. Група крові та Rh-фактор.
2. Дослідження крові на сифіліс; ВІЛ.

- 3.Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви і цервікального каналу.
- 4.Онкоцитологічне дослідження або результат патогістологічного дослідження.

СТАНДАРТНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НА ПСШ (РУБРИКА І₂)

- 1.Визначення рН піхвового вмісту.
2. Проба з 10% розчином КОН («амінотест»)
- 3.Бактеріоскопічне дослідження мазків з уретри, піхви, цервікального каналу.
- 4.Визначення антигенів хламідій, вірусу простого герпесу, вірусу папіломи людини (за показаннями)у зішкрябному матеріалі методом ПЛР.

АКУШЕРСТВО – ДОПОЛГОВА ДОПОМОГА І. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПЕРЕБІГОМ НОРМАЛЬНОЇ ВАГТНОСТІ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показаня до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
1 Спостереження за перебігом нормальної вагтності. Спостереження за перебігом нормальної першої вагтності. Спостереження за перебігом іншої нормальної вагтності. Спостереження за перебігом іншої нормальної вагтності, неутонченої.	2 Z 34 Z 34.0 Z 34.8 Z 34.9	3 Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагтності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень Перший візит 1.Збір анамнезу (загального, включаючи психічні заворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини). 2. Загальний огляд; пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легень; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів; вимірювання артеріального тиску (на одній руці), пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ. 3. Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження). 4.Мазок на цитологічне дослідження. 5.Мазок на флору (за показаннями: при наявності скарт та клінічних проявів). 46. Лабораторні обстеження: загальний аналіз сечі (включаючи тест на наявність білку), посів сечі (виявлення безсимптомної бактерурії); група крові та резус-належність, загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту; 7.Серологічне обстеження на сифіліс (перше).	4 1.Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагтності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня.	5 1. Ускладнення перебігу вагтності 2.Під час 8 візиту вагітна інформується про необхідність 9 візиту і госпіталізації в стаціонар у 41 тиждень. <i>При відмові від госпіталізації проводиться сумісний огляд вагітної з завідуючим жіночою консультацією чи іншим лікарем. У разі повторної відмови від госпіталізації пропонується посилені антенатальний моніторинг - КТГ 2 рази на тиждень, УЗД амніотичної рідини</i>	6 1. Відсутність ускладнень перебігу вагтності. 2. Відсутність перинатальних ускладнень.	7 1.Протягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції

	<p>8. Тест на ВІЛ-інфекцію (перший).</p> <p>9. Тест на наявність HbsAg. Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах (Клінічний протокол від 14.11.2007 № 716 «Переодження передачі ВІЛ інфекції від матері до дитини»).</p> <p>УЗ-обстеження протягом вагітності</p> <p>Перше - в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності. Інформація про доцільність визначення біохімічних маркерів в сироватці крові (РАРР-А, вільний β-ХГ) в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода.</p> <p>Друге - в терміні вагітності 18-21 тиждень. Інформація про доцільність проведення біохімічного скринінгу II триместру у терміні 16-20 тиж. (АФП + вільний β-ХГ (double-test), або АФП + вільний β-ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода.</p> <ul style="list-style-type: none"> - У випадку сумнівного результату УЗД або виявлення будь-які структурні аномалії плода - негайне скерування вагітної до медико-генетичного центру для вирішення питання про проведення інвазивної пренатальної діагностики. - Вагітним жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП. 			
--	---	--	--	--

		<p>Під час кожного візиту: Вимірювання АТ, пульсу, температури тіла, висоти стояння дна матки із занесенням даних до графідограми; загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка.</p> <p>Під час 3 візиту (19-21 тиж.) – аналіз крові на наявність антитіл при Rh негативній належності крові.</p> <p>Під час 4 візиту (25-26 тиж.) - огляд нижніх кінцівок на наявність варикозрозширених вен; аускультация ЧСС плода; аналіз крові на антитіла при Rh негативній належності крові; двогодинний тест толерантності до глюкози (всім вагітним).</p> <p>Скерування на аналізи для здачі аналізів у 29 тиж.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів - Серологічне обстеження на сифіліс (друге). <p>3 30 тижнів вагітності під час кожного візиту: Огляд та пальпація молочних залоз; вимірювання висоти стояння дна матки. занесення даних до графідограми; вимірювання АТ, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; огляд нижніх кінцівок на наявність варикозрозширених вен; аускультация ЧСС плода.</p> <p>Лабораторні обстеження: -кров на антитіла при Rh негативній належності крові (окрім жінок, яким було введено анти-резус імуноглобулін) -загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка</p>	<p>Призначається в 28-32 тижні введення анти-резус імуноглобуліну усім вагітним з негативним резус-фактором при відсутності у них антитіл, у яких чоловік має позитивний резус фактор</p>		
--	--	--	---	--	--

Ц. УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ГЕСТОЗИ ВАГІТНИХ

<p>Попередня гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня есенціальна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня кардіоваскулярна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня ниркова гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня кардіоваскулярна та ниркова гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня вторинна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня неуточнена гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період.</p> <p>Попередня гіпертензія з протеїнурією, яка приєдналася.</p>	<p>О 10</p> <p>О 10.0</p> <p>О 10.1</p> <p>О 10.2</p> <p>О 10.3</p> <p>О 10.4</p> <p>О 10.9</p> <p>О 11</p> <p>О 12</p> <p>О 12.0</p> <p>О 12.1</p> <p>О 12.2</p> <p>О 13</p>	<p>1.Вимірювання АТ</p> <p>2.Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності</p> <p>3.Огляд окуліста (при постанові на огляд, у 28 і 36 тиж.)</p> <p>4.ЕКГ (при постанові на огляд, у 28-30 тиж, після 36 тиж.)</p> <p>5.Коагулограма</p>	<p>Згідно Клінічного протоколу «Гіпертензії розлади під час вагітності »(Наказ №676 від 31.12.2004)</p>	<p>1. До 12 тиж. для вирішення питання про можливість виношування вагітності.</p> <p>2.Неконтрольована тяжка гіпертензія</p> <p>3. Приєднання прееклампсії.</p> <p>4.Екстрагенітальні ускладнення гіпертензії</p> <p>3. Виникнення акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Попередження еклампсії</p> <p>2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень...</p>	<p>1. Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк та протеїнурія без гіпертензії.</p> <p>Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк.</p>	<p>О 11</p> <p>О 12</p> <p>О 12.0</p>	<p>1.Вимірювання АТ, контроль прибавки маси тіла</p> <p>2.Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності</p> <p>3.Огляд окуліста</p> <p>4. Аналіз крові, тромбоцити, гематокрит.</p> <p>5. Коагулограма.</p>	<p>Дістотеранія.</p>	<p>1.Відсутність загрозованих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.</p> <p>2.Народження живої дитини</p>	<p>1.Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>	<p>1.Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Гестаційна (зумовлена вагітністю) протеїнурія.</p> <p>Гестаційні (зумовлені вагітністю) набряк та протеїнурія.</p> <p>Гестаційна (зумовлена вагітністю) гіпертензія без значної протеїнурії</p>	<p>О 12.1</p> <p>О 12.2</p> <p>О 13</p>	<p>1.Вимірювання АТ, контроль прибавки маси тіла</p> <p>2.Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності</p> <p>3.Огляд окуліста</p> <p>4. Аналіз крові, тромбоцити, гематокрит.</p> <p>5. Коагулограма.</p>	<p>Згідно Клінічного протоколу «Гіпертензії розлади під час вагітності »(Наказ №676 від 31.12.2004)</p>	<p>1.Прислання прееклампсії.</p> <p>2.Екстрагенітальні ускладнення гіпертензії</p> <p>3. Виникнення акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Відсутність загрозованих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.</p> <p>2.Народження живої дитини</p>	<p>1.Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p>

Гестація (зумовлена ва-гітністю) гіпертензія зі значною протеїнурією. Прееклампсія середньої тяжкості.	О 14 О 14.0	Вимірювання АТ	Ургентне скерування в акушерський стаціонар.	Наявність зазначеної патології.	1. Відсутність ускладнень в пологах та післяпологовому періоді. 2. Народження живої дитини	1. Протягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції
Тяжка прееклампсія. Прееклампсія неутончена. Еклампсія. Еклампсія під час вагітності. Еклампсія під час пологів. Еклампсія в післяпологовому періоді. Еклампсія неутончена щодо проміжку часу (еклампсія Б/ДВ) Неуточнена материнська гіпертензія.	О 14.1 О 14.9 О 15 О 15.1 О 15.1 О 15.2 О 15.9 О 16	Обстеження та лікування в умовах акушерського стаціонару.	Невідкладна госпіталізація, лікування в умовах акушерського стаціонару	Наявність зазначеної патології.	1. Відсутність загрози життю матері ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.	1. Закінчення післяпологового періоду 2. Консультування з питань контрацепції

КРОВОТЕЧА В РАННІ ТЕРМНИ ВАГІТНОСТІ

Загрозливий аборт	О 20.0	1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза. 3. Подальше обстеження в умовах стаціонару.	Госпіталізація в гінекологічний стаціонар.	Клінічні симптоми загрози переривання вагітності.	1. Прогресування вагітності.	Протягом вагітності
Інші кровотечі в ранні терміни вагітності.	О 20.8	1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза. 3. Подальше обстеження в умовах стаціонару.	Госпіталізація в гінекологічний стаціонар.	1. Кровотеча. 2. Больовий синдром.	1. Прогресування вагітності.	Протягом вагітності
Кровотеча в ранні терміни вагітності, неутончена.	О 20.9	1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза. 3. Подальше обстеження в умовах стаціонару.	Госпіталізація в гінекологічний стаціонар.	1. Кровотеча. 2. Больовий синдром.	Прогресування вагітності.	Спостереження протягом вагітності

ВЕНОЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ВАГТНОСТІ

<p>Венозні ускладнення під час вагітності. Виключено: - акушерську легеневу емболію (O88) - перелічені стани як ускладнення: - абортів, позаматкової або молярної вагітності (O00-O007, O08.7) - пологів та післяпологового періоду (O87).</p>	O 22					
<p>Варикозне розширення вен нижніх кінцівок під час вагітності. Варикозне розширення вен статевих органів під час вагітності: - Промежини - Піхви - Вульви Інші венозні ускладнення під час вагітності Венозне ускладнення під час вагітності (не уточнене)</p>	O 22.0 O 22.1 O 22.8 O 22.9	<p>1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга. 1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга.</p>	<p>1. Лікувальне бинтування нижніх кінцівок. 2. Венотоніки. 1. Лікувальне бинтування нижніх кінцівок. 2. Венотоніки.</p>	<p>1. Тромбофлебіт. 2. Ускладнення перебігу вагітності. 1. Тромбофлебіт. 2. Ускладнення перебігу вагітності.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду Протягом вагітності та післяпологового періоду</p>
<p>Поверхневий тромбофлебіт під час вагітності. Тромбофлебіт нижніх кінцівок під час вагітності.</p>	O 22.2	<p>1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга.</p>	<p>Госпіталізація в профільний стаціонар .</p>	<p>1. Наявність зазначеної патології. 2. Ускладнення перебігу вагітності</p>	<p>Відсутність прогресування процесу</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду</p>
<p>Глибокий флеботромбоз під час вагітності. Тромбоз глибоких вен доловогого.</p>	O 22.3	<p>Невідкладна госпіталізація в стаціонар.</p>	<p>Невідкладна госпіталізація у профільний стаціонар</p>	<p>Наявність зазначеної патології.</p>	<p>1. Відсутність прогресування процесу. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду</p>
<p>Геморой під час вагітності.</p>	O 22.4	<p>Консультація та призначення проктолога.</p>	<p>1. Рекомендації з раціонального харчування. 2. Призначення проктолога.</p>	<p>1. Кровотеча з гемороїдальних вузлів. 2. Больовий синдром. 3. Ускладнення перебігу вагітності.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>
<p>Тромбоз церебральних вен під час вагітності. Тромбоз церебровенозного синуса під час вагітності.</p>	O 22.5	<p>Консультація невропатолога та нейрохірурга</p>	<p>Невідкладна госпіталізація у профільний стаціонар.</p>	<p>Наявність зазначеної патології.</p>	<p>1. Відсутність прогресування процесу 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду 2. Консультування з питань контрацепції</p>

АНОРМАЛЬНІ ПРОДУКТИ ЗАПЛІДНЕННЯ ТА АБОРТИ

<p>Позаматкова вагітність. Черевна вагітність. Трубна вагітність. Вагітність у маткової труби внаслідок вагітності. Яєчикова вагітність. Інші форми позаматкової вагітності. Вагітність: -щийкова -в розі матки -внутрішньовз'язкова -стінькова. Позаматкова вагітність, неуточнена.</p>	<p>O00 O00.0 O00.1 O00.2 O00.8 O00.9</p>	<p>1. Тест на вагітність. 2. Дослідження рівня ХГЛ в крові. 3. УЗД органів малого таза.</p>	<p>Невідкладна госпіталізація в стаціонар.</p>	<p>Підозра на позаматкову вагітність.</p>	<p>Відсутність післяопераційних ускладнень.</p>	<p>1. Реабілітація репродуктивної функції. 2. Консультування з питань контрацепції 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p>
<p>Пухирний занос. Пухирний класичний занос (повний). Пухирний неповний та частковий занос. Пухирний занос, неуточнений. Трофобластична хвороба БДВ. Пухирний занос БДВ.</p>	<p>O01 O01.0 O01.1 O01.9</p>	<p>1. Бімануальне гінекологічне обстеження 2. Визначення рівня ХГЛ в крові. 3. УЗД органів малого таза.</p>	<p>1. Стаціонарне лікування.</p>	<p>1. Підозра на пухирний занос. 2. Кровотечі у I – II триместрі вагітності. 3. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 4. Кровомазання протягом I місяця після евакуації пухирного заносу 5. Відсутність зниження рівня ХГЛ у крові.</p>	<p>1. Відсутність післяопераційних ускладнень та змін при гінекологічному огляді</p>	<p>1. Протягом 1 року (Контроль рівня ХГЛ один раз в 14 днів (до нормалізації). -УЗД органів малого таза в динаміці. -Контрацепція (бар'єрні методи) протягом року. 2. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p>
<p>Інші аномальні продукти запліднення. Загибле плідне яйце та непухирний занос. Занос: -м'язистий -внутрішньоматковий БДВ. Патологічне плідне яйце. Викидень, що не відбувся Рання загибель плоду з затримкою мертвого плоду у матці Інші уточнені аномальні продукти зачаття. Аномальний продукт зачаття, неуточнений.</p>	<p>O02 O02.0 O02.1 O02.8 O02.9</p>	<p>1. Бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза.</p>	<p>1. Стаціонарне лікування.</p>	<p>1. Непухирний занос. 2. Патологічне плідне яйце. 3. Кровотечі у I – II триместрі вагітності. 4. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 5. Викидень, що не відбувся.</p>	<p>1. Відсутність післяопераційних ускладнень та змін при гінекологічному огляді і УЗД.</p>	<p>1. Протягом 6 місяців 2. Медико-генетичне консультування. 3. Комплексне обстеження для уточнення причин невинювання вагітності 4. Консультування з питань контрацепції</p>

<p>Спонтанний аборт. Неповний аборт, ускладнений інфекцією статевих шляхів. Неповний аборт, ускладнений тривалою або надмірно кровотечею. Неповний аборт, ускладнений емболією. Неповний аборт з іншими та неуточненими ускладненнями. Неповний аборт без ускладнень. Повний або неуточнений аборт, ускладнений інфекцією. Повний або неуточнений аборт, ускладнений тривалою чи надмірно кровотечею. Повний або неуточнений аборт, ускладнений емболією. Повний або неуточнений аборт з іншими чи неуточненими ускладненнями. Повний або неуточнений аборт, без ускладнень.</p>	<p>O03 O03.0 O03.1 O03.2 O03.3 O03.4 O03.5 O03.6 O03.7 O03.8 O03.9</p>	<p>1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза.</p>	<p>Стационарне лікування.</p>	<p>1. Клінічні прояви переривання вагітності</p>	<p>Відсутність післяабортних та післяопераційних ускладнень.</p>	<p>1. Протягом 6 місяців 2. Медико-генетичне консультування. 3. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 4. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Медичний аборт.</p>	<p>O04</p>	<p>1. Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви та цервікального каналу. 2. Кров на RW та ВІЛ. 4. Визначення групи крові та резус-належності.</p>	<p>Згідно клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» наказ № від 28.01.2011</p>	<p>1. Для здійснення аборту.</p>	<p>1. Відсутність ускладнень. 2. Адекватна контрацепція.</p>	<p>Консультування з питань контрацепції.</p>
<p>Інші види абортів. Аборт неуточнений.</p>	<p>O05 O06</p>	<p>1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза</p>	<p>1. Стационарне лікування.</p>	<p>1. Кровотечі у I – II триместрі вагітності. 2. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 3. Інші клінічні прояви аборту. Клінічні прояви захворювання.</p>	<p>Відсутність післяопераційних ускладнень.</p>	<p>1. Медико-генетичне консультування. 2. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 3. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Невдала спроба абортів.</p>	<p>O07</p>	<p>1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза.</p>	<p>1. Стационарне лікування.</p>	<p>Відсутність подальших ускладнень.</p>	<p>Відсутність подальших ускладнень.</p>	<p>Консультування з питань контрацепції</p>

БАГАТОПІДНА ВАГІТНІСТЬ ТА НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

<p>Багатоплідна вагітність, вклучно ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності.</p> <p>Вагітність двійнею.</p> <p>Вагітність трійнею.</p> <p>Чотириплідна вагітність.</p> <p>Інші форми багатоплідної вагітності.</p> <p>Багатоплідна вагітність неуточнена.</p> <p>Ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності.</p> <p>Зрошення близнят, що спричиняють диспропорцію розвитку таза та плода</p> <p>Неправильне передлежання одного, або більш ніж одного плода.</p>	<p>O 30</p> <p>O 30.0</p> <p>O 30.1</p> <p>O 30.2</p> <p>O 30.8</p> <p>O 30.9</p> <p>O 31</p> <p>O 33.7</p> <p>32.5</p>	<p>Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності одноплідної вагітності</p>	<p>1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг.</p> <p>2. При Rh-негативній крові вагітної і Rh-позитивній крові при відсутності Rh-антитіл введення анти-резус імуноглобуліну в 28-32 тижнів вагітності</p>	<p>1. Відсутність ускладнень пологів.</p> <p>2. Відсутність перинатальних ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та післяпологового періоду.</p> <p>Консультавання з питань контрацепції</p>
<p>Ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності.</p> <p>Паперовий плід.</p> <p>Вагітність, що триває після викидня одного, або декількох плодів.</p> <p>Вагітність, що триває після внутрішньоутробної загибелі одного, або більш, ніж одного плода.</p> <p>Інші ускладнення, характерні для багатоплідної вагітності.</p> <p>Зрошення близнят, що спричиняють диспропорцію між тазом матері і плодами.</p>	<p>O 31</p> <p>O 31.0</p> <p>O 31.1</p> <p>O 31.2</p> <p>31.8</p>	<p>Госпіталізація і лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>Ускладнення перебігу вагітності.</p>	<p>1. Відсутність ускладнень пологів та післяпологового періоду.</p>	<p>Під час вагітності та післяпологового періоду.</p> <p>Консультавання з питань контрацепції</p>

АНОМАЛІ КІСТКОВОГО ТАЗА ТА СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

<p>Допомога матері при відомих або передбачуваних аномаліях органів таза.</p> <p>Вклучно: стани, що є підставою для спостереження, госпіталізації чи іншої акушерської допомоги матері, а також для проведення кесарського розтину до початку пологів.</p> <p>Виключено: зазначені стани з ускладненими пологами (O 65.5) Природжені аномалії матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: подвійній матці дворогій матці</p>	<p>O 34</p> <p>O 34.0</p>	<p>Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності одноплідної вагітності</p>	<p>1. Виникнення ускладнень перебігу вагітності.</p> <p>2. Для оперативного розродження у 38-39 тижнів вагітності</p>	<p>Відсутність перинатальної патології та акушерських ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та післяпологового періоду.</p> <p>Консультавання з питань контрацепції</p>
--	---------------------------	---	---	---	---

<p>Пухлина тіла матки при якій мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при - поліпії тіла матки - патковому фіброїді.</p>	<p>О 34.1</p>		<p>Госпіталізація для стаціонарного лікування.</p>	<p>1. Виникнення ускладнень перебігу вагітності</p>	<p>Відсутність перинатальних та акушерських ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та після-пологового періоду.</p>
<p>Післяопераційний рубець матки, при якому мати потребує надання медичної допомоги.</p>	<p>О 34.2</p>		<p>Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>1. Загроза переривання вагітності. 2. Клінічні та УЗ-ознаки неспроможності рубця на матці. 3. Виникнення інших ускладнень вагітності 4. Для оперативного розродження</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та після-пологового періоду.</p>
<p>Допомога матері при цервікальній недостатності. Медична допомога матері при: - ушиванні шийки циркулярним швом, - шві за Широкардом (зі згадкою про цервікальну недостатність чи без неї)</p>	<p>О 34.3</p>	<p>1. Огляд у дзеркалах в динаміці з 12 тижнів вагітності 2. Трансвагінальне УЗД у 14 - 15 тижнів вагітності для діагностики ШЦН.</p>	<p>Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>1. 14 – 15 тижнів вагітності – для дообстеження та хірургічного лікування. 2. 36-37 тижнів вагітності – для підготовки до розродження.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та після-пологового періоду.</p>
<p>Інші аномалії шийки матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - поліпії шийки матки - попередній хірургічній операції на шийці матки, - стриктурі або стенозі шийки матки, - пухлинні шийки матки.</p>	<p>О 34.4</p>	<p>1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД 3. Цитологічне дослідження мазків з цервікального каналу 4. Консультація онколога при наявності цитологічних мазків II-III типу</p>	<p>1. Госпіталізація для стаціонарного лікування. 2. Раціональне розродження.</p>	<p>1. Виявлення пухлини шийки матки. 2. 37-38 тижнів вагітності – для розродження. 3. Ускладнення перебігу вагітності.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та після-пологового періоду.</p>
<p>Інші аномалії вагітної матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - защемленні вагітної матки - ретроверсії вагітної матки.</p>	<p>О 34.5</p>	<p>1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне та акушерське обстеження 2. УЗД</p>	<p>Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>1. Защемлення або випадіння вагітної матки. 2. Ускладнення перебігу вагітності.</p>	<p>1. Збереження вагітності. 2. Відсутність перинатальних та акушерських ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та після-пологового періоду.</p>
<p>Аномалії піхви, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - попередній хірургічній операції на піхві, - переродці піхви, - стриктурі піхви,</p>	<p>О 34.6 О 34.7</p>	<p>1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне та акушерське обстеження 2. УЗД</p>	<p>1. Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>1. Для дообстеження. 2. Ускладнення перебігу вагітності.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Під час вагітності та після-пологового періоду.</p>

<p>- пухлині піхви. Аномалії вульви та промежини, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при:- фібрози промежини; - попередній хірургічній операції на промежині або вульві; - ригідній промежині; - пухлині вульви. Інші Уточнені аномалії тазових органів, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при:- цистоцеле; - пластиці тазового дна (в анамнезі); - відвислому животі; - ректоцеле; - ригідному тазовому дні.</p>	<p>О 34.8 О 34.9</p>					
---	-------------------------------	--	--	--	--	--

ПАТОЛОГІЯ ПЛАЦЕНТИ

<p>Патологічні стани плаценти: синдром плацентарної трансфузії; вади розвитку плаценти; інші порушення плаценти. Плацентарне порушення неуточнене.</p>	<p>043 043.0 043.1 043.8 043.9</p>	<p>1. Визначення БПП з 32 тижня вагітності. 2.УЗД в динаміці вагітності</p>	<p>Госпіталізація при виникненні ускладнень перебігу вагітності</p>	<p>1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. СЗРП . 3. Дистрес плода</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та після-пологового періоду.</p>
<p>Передлежання плаценти. Передлежання плаценти, уточнене як без кровотечі. Передлежання плаценти з кровотечею.</p>	<p>О 44 О 44.0 О 44.1</p>	<p>УЗД</p>	<p>1. Невідкладна госпіталізація. 2. Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>Наявність патології.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та після-пологового періоду.</p>
<p>Передчасне відшарування плаценти (відторгнення плаценти). Передчасне відшарування плаценти з порушенням згортання крові. Інше передчасне відшарування плаценти. Передчасне відшарування плаценти, неуточнене.</p>	<p>О 45 О 45.0 О 45.8 О 45.9</p>	<p>УЗД Акушерське обстеження</p>	<p>1. Невідкладна госпіталізація. 2. Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p>	<p>Наявність патології.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та після-пологового періоду.</p>

ПЕРЕНОШЕНА ВАГІТНІСТЬ

Переношена вагітність.	О 48	Визначення терміну вагітності за анамнестичними даними, даними динамічного УЗ-спостереження	1. Під час 8 візиту вагітна інформується про необхідність 9 візиту і госпіталізації в стаціонар у 41 тиждень. <i>При відмові від госпіталізації проводиться сумісний огляд вагітної з завідувачем жіночою консультацією чи іншим лікарем. У разі повторної відмови від госпіталізації пропонується посиленій антенатальний моніторинг - КТГ 2 рази на тиждень, УЗД рівня амніотичної рідини</i>	1. Госпіталізація у 41 тиждень вагітності 2. Дистрес плода.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
------------------------	------	---	--	--	--	---

НЕДОСТАТНІСТЬ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Недостатність харчування при вагітності	О25	Акушерське обстеження	1. Інформація про збалансоване харчування. 2. Вітамінотерапія 3. Санаторно-курортне лікування.	Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
---	-----	-----------------------	--	----------------------------------	--	---

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВАГІТНІСТЮ З ОБТЯЖЕНИМ АКУШЕРСЬКИМ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ

Спостереження за перебігом вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі.	Z35.0	1. Індивідуальний план ведення вагітності.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня.	1. Ускладнення перебігу вагітності.	1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Спостереження за перебігом вагітності з абортним викиднем в анамнезі.	Z35.1.	1. Індивідуальний план ведення вагітності.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня.	1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. В критичні терміни невиношування.	1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Спостереження за перебігом вагітності у жінок з іншим обтяженим дитордним або акушерським анамнезом та з недостатньою допомогою в анамнезі. Вагітність: - замовчувана; - приховувана.	Z35.2. Z35.3	Індивідуальний план ведення вагітності.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня.	1. Ускладнення вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Спостереження за перебігом вагітності у жінки, що народжувала багато разів.	Z35.4	Індивідуальний план ведення вагітності.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з	1. Ускладнення перебігу вагітності.	1. Виношування вагітності. 2. Відсутність	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Консультація-вання 3

Виключено: багатодітність за відсутності поточної вагітності.			вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг шодня.		акusherських та перинатальних ускладнень.	питань планування сім'ї.
Спостереження за першороділлемо похилого віку. Спостереження за першороділлемо юного віку.	Z35.5 Z35.6	1. Індивідуальний план ведення вагітності. 2. Медико-генетичне консультування.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг шодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг шодня.	1. Ускладнення перебігу вагітності.	1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Консультування з питань планування сім'ї.
Спостереження за перебігом вагітності у жінок з високим ризиком зумовленим соціальними проблемами: - з високим ризиком, зумовленим іншими причинами; - з високим ризиком, неуточченим.	Z35.7 Z35.8 Z35.9	1. Консультація психолога та працівника соціальної служби. 2. Медико-генетичне консультування. 3. Консультація нарколога. 4. Вирішення питання можливості виношування вагітності.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг шодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг шодня.	1. Ускладнення перебігу вагітності.	1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Консультування з питань планування сім'ї.

УСКЛАДНЕННЯ АБОРТУ

Інфекція статевих шляхів і газових органів внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності.	O 08.0	1. Гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза.	Негайне скерування в стаціонар. Подальше обстеження в умовах гінекологічного стаціонару.	Симптоми гострого запального процесу газових органів.	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність патологічних змін при гінекологічному, лабораторному та УЗ обстеженнях.	1. Протягом 1 року. 2. Відсутність рецидивів. 3. Консультування з питань планування сім'ї.
Інші венозні ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності. Інші ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності	O 08.7 O 08.8 O 08.9	1. Гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза.	Негайне скерування в гінекологічний стаціонар. Подальше обстеження в умовах гінекологічного стаціонару.	Ознаки запального процесу, венозних або інших ускладнень.	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність патологічних змін при гінекологічному, лабораторному та УЗ обстеженнях.	Скерування до судинного хірурга, інших профільних фахівців.

ЗВИЧНИЙ ВИКИДЕНЬ

Звичний викидень	N 96	1. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування до вагітності 2. Преконцепційна підготовка	1. Етіотропна терапія залежно від діагностованих причин невиношування	1. Симптоми загрози переривання вагітності 2. Ускладнення вагітності	Виношування наступної вагітності.	Період планування вагітності, під час наступної вагітності, пологів та післяпологового періоду.
-------------------------	------	---	---	---	-----------------------------------	---

III. ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ТА ВАГІТНІСТЬ

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ВАГІТНІСТЬ

<p>Існуючий раніше цукровий діабет (ЦД), інсулінозалежний.</p>	<p>О 24.0</p>	<p>1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПН та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності).</p>	<p>1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування.</p>	<p>1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для корекції та підбору інсулінотерапії. 2. Ускладнення перебігу вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження</p>	<p>1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринолога.</p>
<p>Існуючий раніше цукровий діабет, інсулінонезалежний.</p>	<p>О 24.1</p>	<p>1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПН та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності).</p>	<p>1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування...</p>	<p>1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для корекції тактики ведення вагітної 2. Ускладнення перебігу вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження</p>	<p>1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>1.Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринолога.</p>
<p>Попередній цукровий діабет, пов'язаний з недостатністю харчування. Попередній цукровий діабет неуточнений.</p>	<p>О 24.2 О 24.3</p>	<p>1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПН та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності).</p>	<p>1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування...</p>	<p>1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для корекції тактики ведення вагітної 2. Ускладнення перебігу вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження</p>	<p>1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринолога</p>
<p>Цукровий діабет, виникаючий в період вагітності Цукровий діабет при вагітності неуточнений.</p>	<p>О 24.4 О 24.9</p>	<p>1. Відповідно до рубрики В. 2. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПН та доплерометрія в динаміці спостереження (з 3 триместра).</p>	<p>1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при</p>	<p>1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для ведення вагітної 2. Ускладнення</p>	<p>1. Відсутність ускладнень перебігу цукрового діабету. 3. Відсутність акушерських та</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування до ендокринолога.</p>

			тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування.. 5. Відмова від грудного вигодовування у випадку нестабільності рівня глікемії.	періоду вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження	перинатальних ускладнень.
--	--	--	--	--	---------------------------

ІНФЕКЦІЙНИЙ НИРОК ПРИ ВАГІТНОСТІ

Інфекційний нірок при вагітності. Інфекції сечового міхура при вагітності. Інфекції сечівника при вагітності. Інфекції інших відділів сечових шляхів при вагітності. Неуточнена інфекція сечових шляхів при вагітності.	023.0	1. Обстеження на безсимптомну бактеріурію 2. Бактеріологічне дослідження сечі та крові. 3. Аналіз сечі за Нечипоренком. 4. Добовий діурез. 5. Проба за Зимницьким. 6. Біохімічні показники крові: креатинін, залишковий азот, коагулограма. 8. УЗД нірок. 9. Консультація уролога, нефролога.	1. Лікування в умовах спеціалізованого стаціонару до 22 тижнів вагітності. 2. Госпіталізація у акушерський стаціонар з 22 тижнів вагітності.	1. 3 метою дообстеження та уточнення діагнозу. 2. Загострення процесу. 3. Ускладнення перебігу вагітності.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 1. Нормалізація аналізів сечі. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	
	023.1					
	023.2					
	023.3					
	023.4					

ЗВИЧАЙНЕ НЕВИНОШУВАННЯ (ДОПОМОГА ПРИ ВАГІТНОСТІ, ГЕРПЕС ВАГІТНИХ, ВМК ПРИ ВАГІТНОСТІ, ГІПОТЕНЗИВНИЙ СИНДРОМ, УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ)

Медична допомога матері в зв'язку з іншими станами, Надмірне збільшення маси тіла під час вагітності.	026	1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Консультація терапевта, ендокринолога, дієтолога.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічалась випадки народження плодів/дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. 2. Дієтологія. 3. ЛФК. 4. Санаторно-курортне лікування.	1. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
	026.0					
Медична допомога жінці зі звичайним невиношуванням вагітності.	026.2	1. Комплексне обстеження для з'ясування причин невиношування (відповідно до клінічного протоколу) 2. Медико-генетичне консультування.	1. Препаратна підготовка відповідно до діагностованих причин невиношування 2. Індивідуальний план ведення планованої вагітності.	1. Ускладнення перебігу вагітності.	1. Виношування вагітності 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. На етапі планування вагітності 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
	026.3	1. Бімануальне гінекологічне обстеження.	1. При відмові від доношування	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

		<p>2.УЗД органів малого таза</p> <p>3. Консультування відносно планів щодо доношування вагітності.</p> <p>4. Індивідуальний план ведення вагітності при бажанні доношувати вагітність після видалення ВМК у I триместрі.</p>	переривання вагітності (за бажанням пацієнтки)	вагітності скерування у гінекологічний стаціонар для переривання вагітності	перинатальних ускладнень.
Герпес вагітних.	O26.4	<p>1.Індивідуальний план ведення вагітності</p> <p>2.Обстеження методом ПЛР у 36-37 тижнів вагітності для встановлення виділення вірусу простого герпесу з цервікальним слизом</p>	<p>1. При перенесеному первинному епізоді генітального герпесу та лікуванні протівірусними препаратами у I триместрі – рекомендувати переривання вагітності.</p> <p>2. Місцеве протигерпетичне лікування при наявності висипань</p> <p>3. Відновлення біоценозу піхви</p>	<p>1. Ускладнення перебігу вагітності.</p> <p>2. Загострення генітального герпесу з порушенням прадесдатності.</p> <p>3. Для визначення тактики розродження і підготовки до розродження з 38 тижня вагітності.</p>	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.
Гіпотензивний синдром вагітних	O26.5	<p>1. Рекомендований графік візитів</p> <p>1 – бажано до 12 тижнів</p> <p>2 – не пізніше 2-х тижнів після першого</p> <p>3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p> <p>4 – 25-26 тижнів</p> <p>5 – 30 тижнів</p> <p>6 – 34-35 тижнів</p> <p>7– 38 тижнів</p> <p>8 – 40 тижнів</p> <p>9 – 41 тиждень</p> <p>2. Консультація терапевта, ендокринолога, дієтолога.</p>	<p>1. Рациональне харчування.</p> <p>2. Вітамінотерапія.</p>	<p>1. Ускладнення перебігу вагітності.</p>	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.
Ураження печінки під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді.	O26.6	<p>1. Індивідуальний план ведення вагітності</p> <p>2. УЗД органів черевної порожнини.</p> <p>3. Біохімічне обстеження (білірубін, трансамінази, загальний білок, білкові фракції, креатинін, коагулограма).</p> <p>4. Обстеження на маркери гепатитів.</p> <p>5. Консультація інфекціоніста, гастроентеролога.</p>	<p>1. Дієтотерія.</p> <p>2. Патогенетична та симптоматична терапія.</p>	<p>1. Ускладнення перебігу вагітності.</p> <p>2. Погіршення перебігу екстрагенітальної патології.</p>	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.

ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ГЕМАТОЛОГІЧНІ, БІОХІМІЧНІ, ХРОМОСОМНІ, ГЕНЕТИЧНІ ТА ІНШІ)

Гематологічні відхилення, виявлені при допологовому обстеженні матері.	O 28.0	1.Консультація та обстеження в профільних стаціонарах.	Обстеження та лікування у профільних стаціонарах	Стабілізація перебігу екстрагенітальної патології	1.Спостереження профільного спеціаліста
Біохімічні відхилення, виявлені при допологовому обстеженні матері	O 28.1	2. Консилярне визначення можливості виношування вагітності	<p>1. Консультування щодо можливого ефективного методу контрацепції</p> <p>2.Преконцепційна підготовка відповідно до виявленої патології</p> <p>3.Сумісне ведення вагітної з профільним спеціалістом</p>		2.забезпечення ефективного методу контрацепції
Цитологічні зміни, виявлені при допологовому обстеженні матері.	O 28.2				

Патологічні зміни, виявлені при ультразвуковому антенатальному обстеженні матері.	О 28.3	1. Медико-генетичне консультування.	Госпіталізація в акушерський стаціонар	Патологічні зміни, виявлені при ультразвуковому антенатальному обстеженні матері.	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ.
Патологічні зміни, виявлені при рентгенологічному антенатальному обстеженні матері.	О 28.4	1. Медико-генетичне консультування.	Госпіталізація в акушерський стаціонар	Патологічні зміни, виявлені при антенатальному обстеженні матері.	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ.
Хромосомні або генетичні аномалії, виявлені при антенатальному обстеженні матері.	О 28.5	1. Медико-генетичне консультування.	Госпіталізація в гінекологічний або акушерський стаціонар	Патологічні зміни, виявлені при антенатальному обстеженні матері.	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ.
Інші відхилення від норми, виявлені при антенатальному обстеженні матері та неучтені.	О 28.8 О 28.9	1. Медико-генетичне консультування.	Госпіталізація в гінекологічний або акушерський стаціонар	Патологічні зміни, виявлені при антенатальному обстеженні матері.	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ.

ІV. ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Нестійке положення плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги.	О 32.0	1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Індивідуальний план ведення вагітності	1. Коригуюча гімнастика	1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. В 38-39 тижнів вагітності – для підготовки до розродження.	Відсутність перинатальних та акушерських ускладнень.	Протягом пологів та післяпологового періоду.
Сідничне передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги.	О 32.1					
Поперечне або косе передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги.	О 32.2					
Комбіноване передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги.	О 32.6					
Інші форми неправильного передлежання плода, при яких мати потребує надання медичної допомоги.	О 32.8					
Неправильне передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги, неучтені.	О 32.9					

ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ПЛОДА (ГІПОКСІЯ АБО РЕЗУС КОНФЛІКТ, СЗРП, КРУПНИЙ ПЛІД, ІНШІ ІМУНОКОНФЛІКТИ)

Допомога матері при інших відомих або передбачуваних патологічних станах плода. Включено:	О36					
--	-----	--	--	--	--	--

Стани, що є підставою для спостереження, госпіталізації чи іншої акушерської допомоги матері або для переривання вагітності. Включено: Пологи та розродження, ускладнені стресом плода (дистресом) (068.) синдром плацентарної трансфузії (043.0).	O36.0	<p>Реус-ізоїмунізація, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Анти-Д (Rh)-антитіла Rh-несумісність (з воянкою плода).</p> <p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Індивідуальний план ведення вагітності 3. Визначення титру Rh-антитіл в динаміці.</p>	При зміні динаміки титру антитіл, ускладненнях вагітності, УЗ-ознаках ураження фетоплацентарного комплексу – госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня	1. Ускладнення перебігу вагітності. 3. Погіршення перебігу реус-ізоїмунізації (коливання титру антитіл, УЗ-ознаки ураження плаценти та плода).	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Інші форми ізоїмунізації , при яких мати потребує надання медичної допомоги АВО-ізоїмунізація. Ізоїмунізація БДВ (з воянкою плода).	O36.1	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Індивідуальний план ведення вагітності</p>	При ускладненнях вагітності, УЗ-ознаках ураження фетоплацентарного комплексу – госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня	1. Ускладнення перебігу вагітності. 3. УЗ-ознаки ураження плаценти та плода.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Воянка плода , при якій мати потребує надання медичної допомоги. Воянка плода: - БДВ не пов'язана з ізоїмунізацією.	O36.2	<p>1. УЗД 2. Нейайне скерування в акушерський стаціонар для дообстеження та розродження.</p>	1. Лікування в умовах акушерського стаціонару.	Виявлена при УЗ-обстеженні воянка плода	Відсутність акушерських ускладнень.	1.Протягом вагітності та післяпологового-вого періоду. 2.Медико-генетичне обстеження.
Ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода , при яких мати потребує надання медичної допомоги.	O36.3	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів</p>	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	1. Діагностований дистрес плода	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового-вого періоду.

			<p>5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень</p> <p>2. Індивідуальний план ведення вагітності 2. Тест рухів плода (ТРП). 3. Біофізичний профіль плода, починаючи з 32 тижнів вагітності. 4. КТП плода з проведенням функціональних проб та тестів. 5. Доплерометрія судин системи “мати-плацента-плід”.</p>	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	Внутрішньоутробна загибель плода.	Відсутність акушерських ускладнень.	Протягом післяпологового періоду. Медико-генетичне консультування
	ОЗ6.4	<p>Внутрішньоутробна загибель плода, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Виключено: Викидень, який не відбувся (О02.1)</p> <p>Недостатній ріст плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при встановленій чи передбачуваній: -“мало вагомості для терміну” -плацентарній недостатності -“малорослості для терміну”.</p>	<p>1. КТП плода. 3. УЗД плода.</p>	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	Недостатній ріст плода	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
	ОЗ6.5	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень</p> <p>2. Індивідуальний план ведення вагітності 3. Оцінка показників висоти стояння дна матки та окружності живота. 3. УЗД плода, фетометрія. 4. Біофізичний профіль плода з 32 тижнів вагітності. 5. КТП плода з проведенням функціональних проб та тестів. 7. Доплерометрія судин системи “мати-плацента-плід”. 8. Медико-генетичне консультування.</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p>	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	Недостатній ріст плода	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
	ОЗ6.6	<p>Надлишковий ріст плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при встановленому чи передбачуваному “великому для терміну” плода.</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p>	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	1. Допологова госпіталізація в 38 тижнів вагітності для дообстеження та прогнозування методу розродження.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

			<p>4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень</p> <p>2. Індивідуальний план ведення вагітності</p> <p>3. Оцінка показників висоти стояння дна матки та окружності живота.</p> <p>4. УЗД плода, фетометрія.</p> <p>5. КТГ плода.</p> <p>6. Вагітним, у яких немає чинників ризику гестаційного діабету, проводять 2-годинний пероральний тест толерантності до глюкози (ПТТ) у терміні 24–28 тижнів. Вагітним, які мають один чи більше чинників ризику гестаційного діабету, ПТТ проводять відразу після першого звернення з приводу вагітності. У разі негативного результату ПТТ повторюють у терміні 24-28 тижнів.</p>		2. Ускладнення перебігу вагітності.		
	О36.7	<p>1. УЗД органів малого тазу і плода 2. Негативне скерування в акушерський стаціонар.</p>	Лікування в умовах стаціонару.	<p>1. Підозра на червну вагітність 2. Встановлений діагноз червоні вагітності.</p>	1. Відсутність материнської летальності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних втрат. 3. Відсутність післяпологових та післяабортних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.	
	О36.8 О36.9	<p>1. Рекомендований графік візитів 2 – бажано до 12 тижнів 1 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень</p> <p>2. Індивідуальний план ведення вагітності</p> <p>2. Тест рухів плода (ТРП).</p> <p>3. Бюфізичний профіль плода, починаючи з 32 тижнів вагітності.</p> <p>4. КТГ плода з проведеньням функціональних проб та тестів.</p> <p>5. Допплерометрія судин системи “мати-плацента-плід”.</p>	<p>Госпіталізація в акушерський стаціонар Ш рівня для уточнення діагнозу</p>	<p>1. Дообстеження та уточнення діагнозу. 2. Для розродження. 3. ВВР плода – для переривання вагітності.</p>	Протягом вагітності та післяпологового періоду.		
Інші уточнені відхилення у стані плода, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Відхилення у стані плода, при якому мати потребує медичної допомоги, неуточнене.							

ДОПОМОГА МАТЕРІ ПРИ ВІДОМІЙ АБО ПЕРЕДБАЧУВАНІЙ АНОМАЛІЇ ТА УШКОДЖЕННІ ПЛОДА

<p>Вади розвитку ЦНС у плода. Мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> • анемцефалії • spina bifida. 	<p>О 35.0</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4.Медико-генетичне консультування</p>	<p>1.Скерування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1.Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. При наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Конtraceпція протягом 1 року.</p>
<p>Хромосомні аномалії плода.</p>	<p>О 35.1</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4.Медико-генетичне консультування</p>	<p>1.Скерування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1.Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. При наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Конtraceпція протягом 1 року.</p>
<p>Спадкові хвороби у плода.</p>	<p>О 35.2</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4.Медико-генетичне консультування</p>	<p>1.Скерування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1.Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. При наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Конtraceпція протягом 1 року.</p>

<p>Ураження плода внаслідок вірусної хвороби матері: - цитомегаловірусної, - червоної висипки (краснухи).</p>	<p>О 35.3</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування</p>	<p>1. Скерування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Контрацепція протягом 1 року.</p>
<p>Ураження плода внаслідок дій алкоголю.</p>	<p>О 35.4</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування. 5. Консультація нарколога.</p>	<p>1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Нагляд у нарколога.</p>
<p>Ураження плода внаслідок вживання лікарських засобів (наркоманія у матері).</p>	<p>О 35.5</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування. 5. Консультація нарколога.</p>	<p>1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Нагляд у нарколога.</p>

<p>Ураження плода внаслідок дій радіації.</p>	<p>О 35.6</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування.</p>	<p>1.Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1.Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>
<p>Ураження плода (передбачуване) спричинене іншими медичними процедурами внаслідок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - амніоцентезу, - біопсії, - внутрішньоматкового контрацептиву, - внутрішньоматкової хірургічної операції, - гематолітичного дослідження. 	<p>О 35.7</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)</p>	<p>Переривання вагітності у разі ускладнень, що виникли у разі проведення інвазивних методів діагностики (кровотеча, загинь плоду), в умовах стаціонару.</p>	<p>1. Сімпитоми самовільного аборту. 2. Ураження плода, що виникло при проведенні інвазивних методів діагностики.</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяабортного періоду.</p>
<p>Аномалії та ураження плода у зв'язку з перенесеними магір'ю:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лістеріозом, - токсоплазмозом. 	<p>О 35.8</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4.Консультація інфекціоніста</p>	<p>1.Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1.Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Контрацепція протягом I року.</p>
<p>Аномалії і ураження плода, неуточнені</p>	<p>О 35.9</p>	<p>1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)</p>	<p>1.Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p>	<p>1.Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>

			3. Перший і другий біохімічний скринінг (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування.		3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).		
--	--	--	---	--	---	--	--

ХРОМОСОМНІ АНОМАЛІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Допологове обстеження з метою виявлення хромосомних аномалій	Z 36.0	1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД	1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики	1. Відсутність акушерських ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Допологове обстеження з метою виявлення підвищеного рівня альфа-фетопротеїну	Z 36.1	2. Перше УЗ-обстеження (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)	2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадках розвитку, несумісних із життям (за згодою).		
Інші види допологового обстеження , що ґрунтуються на амніоцентезі.	Z 36.2 Z 36.3 Z 36.4 Z 36.5 Z 36.8 Z 36.9	3. Перший і другий біохімічний скринінг (11тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування.	3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).		

V. ПИТАННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
1	2	3	4	5	6	7
Застосування протизапальних засобів. Загальні поради та консультації з контрацепції: - консультування з питань планування сім'ї; - первинна рекомендація протизапального засобу.	Z 30 Z 30.0	1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Вимірювання АТ (у разі вибору гормонального методу контрацепції). 4. Обстеження статевих органів (у разі вибору вагінальних та внутрішньоматкових контрацептивів). 5. Скринінг на предмет виявлення ПСШ/ВІЛ - бактеріоскопія вагінального мазка (у разі вибору ВМК). 6. Загальний аналіз крові (у разі вибору ВМК). 7. Консультування у профільних спеціалістів при наявності екстрагенітальної патології. 8. Гінекологічний огляд не є обов'язковим для рекомендації і використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік.	Консультування статевих партнерів з урахуванням: - поінформованого вибору методу контрацепції; - даних анамнезу; - стану здоров'я; - віку; - індивідуальних особливостей.	Ускладнення при використанні контрацептиву, які потребують госпіталізації	1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень при застосуванні конкретного методу контрацепції.	Протягом всього часу користування тим чи іншим методом контрацепції (огляд один раз на рік).
Введення протизапального (внутрішньоматкового) контрацептиву. Спостереження за використанням (внутрішньоматкового) протизапального контрацептиву.	Z 30.1 Z 30.5	1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Обстеження статевих органів. 4. Скринінг на предмет виявлення ПСШ/ВІЛ (бактеріоскопія вагінального мазка). 5. Аналіз крові загальний.	1. Введення ВМК (безконтактний метод). 2. Видалення ВМК: - за бажанням жінки; - при частковій експульсії, - по закінченні терміну придатності. 3. Рекомендації щодо безпечної поведінки.	Ускладнення під час введення та видалення ВМК, які потребують госпіталізації	1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень при застосуванні ВМК.	Протягом користування методом (огляд один раз на рік).
Стерилізація жінок.	Z 30.2		1. Оперативне лікування в умовах стаціонару та денного стаціонару за наявності умов.	Для проведення операції.	1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність операційних та післяопераційних ускладнень.	Протягом одного року (огляд один раз на рік).

<p>Спостереження за використанням протизапальних засобів - повторна рекомендація протизапальних пілюль або інших протизапальних засобів.</p>	Z 30.4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Вимірювання АТ (у разі використання гормонального методу контрацепції). 4. Обстеження статевих органів (у разі використання вагінальних та внутрішньоматкових контрацептивів). 5. Обстеження на предмет виявлення ПСПШ/ВІЛ - бактеріоскопія вагінального мазка (у разі використання ВМК). 6. Загальний аналіз крові (у разі використання ВМК). 7. Консультування у профільних спеціалістів при наявності екстрагенітальної патології. 	За показаннями.	У разі виникнення ускладнень, які потребують госпіталізації	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень. 	Протягом користування методом (огляд один раз на рік).
<p>Обстеження і тести для встановлення вагітності - вагітність, (це) не підтверджена - вагітність підтверджена.</p>	Z 32.1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гінекологічне обстеження. 2. УЗД органів малого таза. 3. Швидкий тест на вагітність. 4. Дослідження крові на ХГЛ (за показаннями). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відміна методу контрацепції у разі виявлення вагітності. 2. Подальша тактика залежно від репродуктивних планів. 	За показаннями.	Відсутність ускладнень.	1. Регулярний менструальний цикл.

НОРМАТИВИ ПО МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ

<p>Доброякісна дисплазія МЗ (включає фібрознокістозну мастопатію) та після оперативного лікування в онколога з приводу доброякісної вогнищевої дисплазії за умов отримання ГЗ, щодо доброякісної патології</p>	N60	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (після 40 років). 5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології 	За показаннями	Зникнення симптомів та відсутність рецидиву протягом року	Спостереження 1 раз на 3 місяці
<p>Галакторея</p>	N64.3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (після 40 років). 5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології 	За показаннями		

Мастодинія	N64.4	<p>1. Анамнез.</p> <p>2. Гінекологічне обстеження</p> <p>3. УЗД молочних залоз</p> <p>4. Мамографія (після 40 років).</p> <p>5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ).</p> <p>6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії)</p> <p>7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)</p>	<p>1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом</p> <p>2. Лікування супутньої гінекологічної патології</p>		
Субінволюція післялактатйна	N64.8	<p>1. Анамнез.</p> <p>2. Гінекологічне обстеження</p> <p>3. УЗД молочних залоз</p> <p>4. Мамографія (після 40 років).</p> <p>5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ).</p> <p>6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії)</p> <p>7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)</p>	<p>1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом</p> <p>2. Лікування супутньої гінекологічної патології</p>		

Стандартне обстеження хворих з гінекологічною патологією (рубрика Г)

1. Анамнез.
2. Загальне фізикальне обстеження.
3. Обстеження за допомогою дзеркал.
4. Кольпоскопія (у разі відсутності кольпоскопа – проба Шиллера).
5. Бімануальне гінекологічне обстеження.
6. Онкоцитологічне дослідження мазків.
7. Клінічне обстеження молочних залоз.
8. Ректальне обстеження та глибока пальпація живота.
9. Дослідження крові на сифіліс, ВІЛ.
10. Бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри.

Стандартне обстеження хворих з гінекологічною патологією дитячого та підліткового віку (рубрика Г₁)

1. Анамнез.
2. Загальне фізикальне обстеження.
3. Бімануальне ректоабдомінальне обстеження.
4. Клінічне обстеження молочних залоз.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Цукор крові.
8. Бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви.
9. Аналіз калу на яйця глистів, зіскрібок на ентеробіоз..
10. Консультація педіатра.
11. УЗД органів малого таза.

Обсяг діагностичних обстежень для планової госпіталізації пацієнток до закладу охорони здоров'я, що надає спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу (рубрика Д)

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.

3. Група крові та Rh-фактор.
4. Серологічне дослідження крові на сифіліс, Hbs-ag, анти-НСV, ВІЛ-інфекцію.
5. Аналіз калу на яйця глистів.
6. Флюорографія органів грудної клітки або рентгенографія органів грудної клітки (пряма проекція).
7. Тромбоцити крові, час згортання крові.
8. Цукор крові, білірубін, протромбінний індекс.
9. Бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри.
10. Електрокардіографія.
11. Онкоцитологічне дослідження або результат патогістологічного дослідження (ПГД).
12. Ультразвукове дослідження органів малого таза (УЗД органів малого таза).

Стандартне обстеження на інфекції перинатального періоду (рубрика II)

1. Визначення IgM до CMV, HSV, хламідій, токсоплазм у сироватці крові.
2. Визначення IgG до CMV, HSV, хламідій, токсоплазм (дослідження парних сироваток з інтервалом 2 тижні).
3. Визначення антигенів CMV, HSV, хламідій у матеріалі з цервікального каналу або уретри методом ІФА або ПЛР.

Стандартне обстеження на ПСШ (рубрика I)

1. Визначення рН піхвового вмісту.
2. Проба з 10% розчином КОН (“амінотест”).
3. Бактеріоскопічне дослідження мазків з уретри, цервікального каналу, прямої кишки на трихомонади, гонококи, кандіди.
4. Визначення антигенів HSV, хламідій . папіломавірусу у зішкрябному матеріалі з цервікального каналу або уретри методом ПЛР.

ГІНЕКОЛОГІЯ

І. ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ТА ЗПІСІ

САЛЬПІНГІТ ТА ООФОРИТ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-діагностичні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
Гострий сальпінгіт та оофорит.	N 70.0	1.Відповідно до рубрик Г та І. 2.УЗД органів малого таза. 3.Загальний аналіз крові . 4.Загальний аналіз сечі.	1.Стаціонарне лікування.	1.Клінічні прояви гострого запального процесу органів малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2.Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів захворювання протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Хронічний сальпінгіт та оофорит. Гідросальпікс.	N 70.1	1.Відповідно до рубрик Г та І. 2.УЗД органів малого таза.	1. Імуномодуюча, мембраностабілізуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 4. Санаторно-курортне лікування. 5. Посиндромна терапія.	1. Загострення запального процесу. 2. Синдром хронічного тазового болю. 3. Відсутність ефекту від амбулаторного лікування.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд два рази на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Сальпінгіт та оофорит, неуточнені.	N 70.9	1.Відповідно до рубрик Г та І. 2.УЗД органів малого таза. 3.Загальний аналіз крові. 4.Загальний аналіз сечі.	1. Імуномодуюча, мембраностабілізуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 4. Посиндромна терапія.	Загострення запального процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд два рази на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.

ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ МАТКИ, ЗА ВИНЯТКОМ ШИЙКИ МАТКИ

<p>Гостре запальне захворювання матки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ендоміометрит - метрит - міометрит - піометра - абсцес матки. 	<p>N 71.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз крові. 4. Загальний аналіз сечі.</p>	<p>1. Стационарне лікування.</p>	<p>Клінічні та діагностичні прояви захворювань: - больовий синдром; - підвищення температури тіла; - порушення менструального циклу.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.</p>	<p>1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів захворювання протягом шести місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p>
<p>Хронічне запальне захворювання матки.</p>	<p>N 71.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз сечі.</p>	<p>1. Антибактеріальна терапія (в менструальні дні) в поєднанні з протикандидозними засобами 2. Імуномодулююча, мембраностабілізуюча терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Санаторно-курортне лікування.</p>	<p>1. Загострення запального процесу. 2. Для проведення гістероскопії</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.</p>	<p>1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p>
<p>Запальне захворювання матки, неуточнене.</p>	<p>N 71.9</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз сечі.</p>	<p>1. Антибактеріальна терапія (в менструальні дні) в поєднанні з протикандидозними засобами 2. Імуномодулююча, мембраностабілізуюча терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Санаторно-курортне лікування</p>	<p>Клінічні прояви гострого або загострення процесу.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.</p>	<p>1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p>

ЗАПАЛЬНА ХВОРОБА ШИЙКИ МАТКИ

<p>Запальна хвороба шийки матки - цервіцит - ендоцервіцит - ектоцервіцит (з наявністю ерозії чи ектропіону або без них).</p>	<p>N 72</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І.</p>	<p>1. Антибактеріальна системна та місцева терапія. 3. Протигерпетична системна та місцева терапія при наявності герпетичних висипань. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Кріотерапія, лазеротерапія, діатермокоагуляція ерозії шийки матки за показаннями.</p>	<p>Поширення запального процесу на органи малого таза.</p>	<p>1. Нормалізація кольпоскопічної картини. 2. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. Шість місяців (огляд двічі). 2. Нормальна кольпоскопова картина. 3. Від'ємні дані мікробіологічних досліджень. 4. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 6 місяців.</p>
---	-------------	--	---	--	--	---

ІНШІ ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК

<p>Гострий параметрит і тазовий целюліт. Абсцес: - широкої зв'язки - параметрія (уточнені як гострі).</p>	<p>N 73.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Консультація проктолога (за показаннями).</p>	<p>1. Стационарне лікування.</p>	<p>Клінічні та діагностичні прояви процесу.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.</p>	<p>1. Один рік (огляд два рази на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p>
<p>Хронічний параметрит і тазовий целюліт. (Будь-який із станів у підрубріці N 73.0, визначений як хронічний).</p>	<p>N 73.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Консультація проктолога (за показаннями).</p>	<p>1. Імуномодулююча, вітаміно-, мембраностабілізуюча, розсмоктуюча терапія. 2. Симптоматична терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Санаторно-курортне лікування.</p>	<p>1. Загострення запального процесу. 2. Порушення функції суміжних органів.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.</p>	<p>1. Один рік (огляд два рази на рік). 2. Відсутність загострення протягом останніх 6 місяців 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року..</p>
<p>Параметрит і тазовий целюліт, неуточнений.</p>	<p>N 73.2</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.</p>	<p>1. Стационарне дообстеження та лікування.</p>	<p>1. Загострення запального процесу. 2. Порушення функції</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного,</p>	<p>1. Один рік (огляд два рази на рік). 2. Відсутність загострення протягом останніх 6 місяців.</p>

					суміжних органів.	лабораторного та УЗ досліджень.	3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Гострий тазовий перитоніт у жінок.	N 73.3	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Стационарне лікування.	Клінічні прояви гострого тазового перитоніту.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік. 2. Відсутність загострення протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Хронічний тазовий перитоніт у жінок.	N 73.4	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Імуномодуюча, симптоматична, розсмоктуюча, мембраностабілізуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія.	Загострення запального процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на огляд протягом 1 року.
Тазовий перитоніт у жінок, неуточнений.	N 73.5	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Симптоматична, антибактеріальна, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія. 5. Стационарне лікування.	Клінічні прояви тазового перитоніту.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік при відсутності загострення протягом останніх 6 місяців. 2. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Тазові перитонеальні спайки у жінок (включено післяопераційні тазові спайки).	N 73.6	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 4. Гістеросальпінгографія у I фазу менструального циклу.	1. Симптоматична, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Хірургічне лікування в умовах стационару (за показаннями).	Для проведення діагностично-оперативної лапароскопії	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Інші уточнені запальні хвороби органів малого таза у жінок.	N 73.8	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Симптоматична, антибактеріальна, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування.	Загострення запального процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом ос-

			4. Синдромальна терапія.			лабораторного та УЗ досліджень.	таних 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Запальна хвороба органів малого таза у жінок, неуточнена БДВ.	N 73.9	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Симптоматична, антибактеріальна, розсмоктуюча терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія.	Загострення запального процесу	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.	

ЗАПАЛЬНІ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК ПРИ ХВОРОБАХ, КЛАСИФІКОВАНИХ В ІНШИХ РУБРИКАХ

Туберкульозна інфекція шийки матки.	N 74.0	1. Відповідно до рубрики Г та І. 2. Трьохкратні бакпосіви сечі та менструальної крові на МБТ. 3. УЗД органів малого таза. 4. Рентгенографія органів грудної клітки. 5. Консультація фтізіатра	Лікування і спостереження у фтізіатра та гінеколога.	Загострення запального процесу (госпіталізація до спеціалізованого стаціонару).	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормальна кольпоскопова картина. 3. Відсутність симптомів інтоксикації.	1. Спостереження у фтізіатра та гінеколога один рік. 2. Відсутність ознак туберкульозного запалення статевих органів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Запальні хвороби органів малого таза туберкульозної етіології у жінок.	N 74.1	1. Відповідно до рубрики Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 4. Рентгенографія органів грудної клітки та малого таза. 5. Трьохкратні бактеріологічні посіви сечі та менструальної крові на МБТ.	1. Гістеросальпінгографія, гістероскопія за показаннями. 2. Лікування і спостереження у фтізіатра та гінеколога.	Загострення запального процесу (госпіталізація до спеціалізованого стаціонару).	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень. 3. Відсутність симптомів інтоксикації.	1. Спостереження у фтізіатра 2–5 років. 2. Відсутність загострення запального процесу протягом останніх 6 місяців.

Запальні хвороби органів малого таза, спричинені сифілісом.	N 74.2	6. Консультація фтізіатра. 1. Відповідно до рубрики Г та І. 2. Серологічне дослідження крові на сифіліс	1. Лікування і спостереження у спеціалізованому дерматовенерологічному диспансері.	Гостре запалення органів малого таза	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	Спостереження дерматовенеролога.
Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок.	N 74.3	1. Відповідно до рубрики Г та І.	1. Лікування у дерматовенеролога.	Гостре запалення органів малого таза	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Спостереження дерматовенеролога
Запальні хвороби органів малого таза, спричинені хламідіями.	N 74.4	1. Відповідно до рубрики Г та І.	1. Антибактеріальна терапія в поєднанні з протикандидозними засобами та гепатопротекторами з паралельним лікуванням статевого партнера. 2. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 3. На етапі реабілітації: вітамінотерапія, ензимотерапія, імуномодуюча терапія, фізіотерапія, нормалізація гормональної функції яєчників.	Гостре запалення органів малого таза	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Негативні результати дослідження на антиген хламідій у цервікальному каналі протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Запальні хвороби органів малого таза при інших хворобах.	N 74.8	1. Відповідно до рубрики Г та І.	1. Антибактеріальна етіотропна терапія в поєднанні з протикандидозними засобами та гепатопротекторами з паралельним лікуванням статевого партнера. 2. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. На етапі реабілітації вітамінотерапія, ензимотерапія, імуномодуюча терапія, фізіотерапія.	Гостре запалення органів малого таза	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Від'ємні мікробіологічні дослідження на ПСПШ протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 місяців. 4. Нез'явлення на

									огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ХВОРОБИ БАРТОЛІНОВОЇ ЗАЛОЗИ

Киста бартолінієвої залози. Абсцес бартолінієвої залози. Інші хвороби бартолінієвої залози - бартолініт. Хвороба бартолінієвої залози, неуточнена.	N 75.0 N 75.1 N 75.8 N 75.9	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Ургентна госпіталізація при абсцесі бартолінієвої залози. 2. Скерування на планове оперативне лікування	1. Абсцес бартолінієвої залози. 2. Планове оперативне лікування кисти бартолінієвої залози.	1. Відсутність ускладнень після оперативного лікування. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного досліджень.	1. Протягом 3-х місяців після оперативного лікування.
--	--	---------------------------------	---	--	---	---

ІНШЕ ЗАПАЛЕННЯ ПІХВИ ТА ВУЛЬВИ

Гострий вагініт. Вагініт БДВ. Вульвовагініт - БДВ - гострий.	N 76.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на яйця гельмінтів.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.	1. 6 місяців. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Підгострий та хронічний вагініт. Вульвовагініт -хронічний -підгострий.	N 76.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні.	1. 6 місяців. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні протягом трьох менструальних

	N 76.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 3. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.
Гострий вульвіт. Вульвіт БДВ.	N 76.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 3. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.
Підгострий та хронічний вульвіт.	N 76.3	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.	1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність патологічних змін при бактеріологічному дослідженні. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.

<p>Абсцес вульви. Фурункул вульви.</p>	<p>N 76.4</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.</p>	<p>1. Стационарне лікування. 2. Обстеження та лікування статевого партнера.</p>	<p>Абсцес вульви.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. 6 місяців після стаціонарного лікування. 2. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 3. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Виразка піхви. Виразка вульви.</p>	<p>N 76.5 N 76.6</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Серологічне дослідження крові на сифіліс 3. Аналіз калу на гельмінти.</p>	<p>1. Етіотропна терапія залежно від даних бактеріологічного та серологічного обстеження.</p>	<p>Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком та больовим синдромом.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. 6 місяців. 2. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 3. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Інші уточнені запалення піхви і вульви.</p>	<p>N 76.8</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Серологічне дослідження крові на сифіліс 3. Аналіз калу на гельмінти</p>	<p>1. Загальне та місцеве етіотропне лікування. 2. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. Абсцес вульви. 2. Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Від'ємні дані бактеріологічних досліджень. 3. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. 6 місяців. 2. Від'ємні дані бактеріологічних досліджень протягом трьох менструальних циклів. 3. Відсутність рецидиву протягом трьох місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.</p>

ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНІ ВИРАЗКИ ТА ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ХВОРОБАХ, КЛАСИФІКОВАНИХ В ІНШИХ РУБРИКАХ

<p>Виразка вульви при інфекційних та паразитарних хворобах, класифікованих в інших рубриках: - герпесвірусній інфекції - туберкульозі.</p>	<p>N 77.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Флюорографія органів грудної клітини.</p>	<p>1. Загальне та місцеве лікування противірусними препаратами та індукторами інтерферону при наявності герпетичних висипань. 2. Нормалізація біоценозу піхви. 3. Спостереження та лікування у фіззіатра та гінеколога. 4. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.</p>	<p>1. Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Зменшення частоти рецидивів генітального герпесу. 3. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. Постійне перебування під диспансерним наглядом при герпесвірусному інфікуванні. 2. Спостереження фіззіатра та гінеколога.</p>
<p>Вагініт, вульвіт та вульвовагініт при інфекційних та паразитарних хворобах, класифікованих в інших рубриках: - кандидозі - герпесвірусній інфекції - гостриках.</p>	<p>N 77.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.</p>	<p>1. Загальне та місцеве лікування противірусними препаратами та індукторами інтерферону при наявності герпетичних висипань. 2. Протикандидозне загальне та місцеве лікування. 3. Нормалізація біоценозу піхви. 4. Дегельмінтизація. 5. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.</p>	<p>1. Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Зменшення частоти рецидивів генітального герпесу. 3. Нормалізація біоценозу піхви. 4. Відсутність патологічних змін при мікробіологічному дослідженні.</p>	<p>1. 6 місяців при відсутності рецидиву кандидозу гені-алій. 2. Постійне перебування під диспансерним наглядом при герпесвірусному інфікуванні. 3. Нормалізація біоценозу піхви. 4. Відсутність патологічних змін при триразовому обстеженні на гострики. 5. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Виразки та запалення вульви і піхви при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках.</p>	<p>N 77.8</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Аналіз калу на гельмінти.</p>	<p>1. Загальне та місцеве протизапальне лікування залежно від даних бактеріологічного обстеження. 2. Нормалізація біоценозу піхви. 3. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.</p>	<p>1. Абсцес вульви. 2. Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. 6 місяців 2. Відсутність рецидиву протягом 3 місяців. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>

ІНШІ, СПРИЧИНЕНІ ХЛАМІДІЯМИ ХВОРОБИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

<p>Інфекція нижнього відділу сечостатевого тракту, спричинена хламідіями. Хламідійний -цервіцит -цистит -уретрит -вульвовагініт.</p>	<p>A 56.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І.</p>	<p>1. Антибіотикотерапія відповідно до існуючих схем лікування хламідіозу та змішаних інфекцій. 2. Імуномодулююча терапія. 3. Протикандидозна терапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.</p>	<p>Розповсюдження гострого запального процесу на органи малого таза.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізів зішкрябів слизових уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. Один рік (огляд двічі про-тягом року). 2. Мікробіологічний контроль виликваності (ПЛР) через 1,5 місяці після завершення ан-тибіотикотерапії. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поін-формованості.</p>
<p>Інфекція тазових та інших сечостатевих органів, спричинена хламідіями -запальна хвороба органів малого таза у жінок.</p>	<p>A 56.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І.</p>	<p>1. Стаціонарне лікування. 2. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.</p>	<p>Гостре запалення тазових сечостатевих органів.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізів зіш-крябів слизо-вих уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.</p>	<p>1. Протягом 1 року (огляд двічі про-тягом року). 2. Мікробіологічний контроль виликваності (ДНК-діагностика) через 1,5 місяці після завершення антибіотикотерапії. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поін-формованості.</p>
<p>Хламідійна інфекція, неуточнена.</p>	<p>A 56.2</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І.</p>	<p>1. Імуномодулююча терапія. 2. Антибіотикотерапія відповідно</p>	<p>Гостре запалення</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів.</p>	<p>1. Один рік (огляд двічі про-тягом року)</p>

		2. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження мазків з піхви.	до існуючих схем лікування хламідіозу та змішаних інфекцій. 3. Протикандидозна терапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.	тазових сечостатевих органів.	2. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізів зішкрябів слизових уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.	року). 2. Мікробіологічний контроль вилікованості (ДНК-діагностика) через 1,5 місяці після завершення антибіотикотерапії. 3. Відсутність загострення процесу протягом 6 місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
--	--	--	---	-------------------------------	--	--

ТРИХОМОНІАЗ

Сечостатевий трихомоніоз. Білі (піхвові).	A 59.0	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Протитрихомонадна терапія відповідно до існуючих схем лікування 2. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 3. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.	Гострий запальний процес тазових сечостатевих органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. 4 місяці. 2. Мікробіологічний контроль вилікованості протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 6 місяців за умови попередньої поінформованості.
---	--------	---------------------------------	---	--	---	--

АНОГЕНІТАЛЬНІ ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

Герпесвірусна інфекція генітальна і урогенітальна - герпес жіночих статевих органів. Герпес анальної ділянки та статевих органів, неуточнений.	A 60.0 A 60.9	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Загальне та місцеве лікування противірусними препаратами при наявності клінічної симптоматики. 2. Імунокоригуюча терапія. 3. Нормалізація біоценозу піхви. 4. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.	1. Наявність пахового лимфаденіту. 2. Порушення працездатності в зв'язку з вираженим на-	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Зменшення частоти рецидивів. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Постійне перебування під диспансерним наглядом. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови
--	----------------------	---------------------------------	---	---	--	--

					бряком вульви та больовим синдромом.		попередньої поінформованості.
--	--	--	--	--	--------------------------------------	--	-------------------------------

КАНДИДОЗ

Кандидоз вульви і вагіни. Кандидозний вульвовагініт. Моніліазний вульвовагініт. Вагінальна пліснявка.	В 37.3	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Протикандидозна терапія відповідно до існуючих схем (місцева та загальна). 2. Відновлення біоценозу піхви та кишківника.	Системний кандидоз.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Один рік. 2. Мікробіологічний контроль виклюбованості протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
---	--------	---------------------------------	--	---------------------	---	--

ІІ. ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИН СТАТЕВИХ ОРГАНІВ, ЕНДОМЕТРІОЗ

Ендометріоз матки. Аденоміоз.	N 80.0	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. При скеруванні на планове оперативне лікування – відповідно до рубрики Д	1. Гормональне лікування при І-ІІ стадіях аденоміозу: - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи GnRH. 2. Симптоматична терапія.	1. Маткові кровотечі. 2. Больовий синдром. 3. Для дообстеження в умовах стаціонару. 4. Для оперативного лікування	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ досліджень органів малого таза.	1. До менопаузи (огляд 2 рази на рік). 2. Протягом 1 року після оперативного лікування. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Ендометріоз яєчника.	N 80.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Дослідження онкомаркерів (СА 125). 4. Фіброгастроскопія. 5. При скеруванні на планове оперативне	Оперативне лікування	Ендометріодна кіста яєчника.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного та УЗ досліджень органів малого	1. Протягом 2-х років після оперативного лікування (огляд 2 рази на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1

	N 80.2	<p>лікування – відповідно до рубрики Д</p> <p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Дослідження онкомаркерів (СА 125). 4. Гістеросальпінгографія на 7-8 день менструального циклу. 5. При скеруванні на планове оперативне лікування – відповідно до рубрики Д</p>	<p>1. Гормональне лікування при I-II стадіях: - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.</p>	<p>Оперативне лікування.</p>	<p>таза.</p> <p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ досліджень органів малого таза.</p>	<p>року за умови попередньої поінформованості.</p> <p>1. Протягом 2-х років після оперативного лікування (огляд 2 рази на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Ендометріоз тазової очеревини.</p>	N 80.3	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Фіброколоноскопія або рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту. 4. При скеруванні на планове оперативне лікування – відповідно до рубрики Д</p>	<p>1. Гормональна терапія - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.</p>	<p>1. Для дообстеження (лапароскопія). 2. Оперативне лікування у разі неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ досліджень органів малого таза.</p>	<p>1. До менопаузи (огляд 2 рази на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Ендометріоз прямокишково-піхвової перетинки і піхви.</p>	N 80.4	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Ректороманоскопія, ірігоскопія. 4. При скеруванні на планове оперативне лікування – відповідно до рубрики Д</p>	<p>1. Гормональна терапія - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.</p>	<p>1. Для проведення лапароскопії. 2. Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ-досліджень органів малого таза.</p>	<p>1. Протягом 2-х років після оперативного лікування. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>

Ендометріоз кишківника.	N 80.5	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Колоноскопія або рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту. 4. При скеруванні на планове оперативне лікування – відповідно до рубрики Д</p>	<p>1. Гормональна терапія - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.</p>	<p>1. Для оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ до-сліджень органів малого таза. 3. Нормалізація функції кишківника.</p>	<p>1. 2 роки після оперативного лікування. 2. Відсутність клінічних проявів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
Ендометріоз шкірного рубця.	N 80.6	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза.</p>	<p>1. Гормональне лікування - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни. 2. Симптоматична терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Розсмоктуюча терапія.</p>	<p>Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.</p>	<p>Відсутність клінічних проявів захворювання.</p>	<p>1. 6 місяців після оперативного лікування. 2. Відсутність клінічних проявів протягом шести місяців.</p>
Інший ендометріоз. Ендометріоз неуточнений.	N 80.8 N 80.9	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. За показаннями: - Ректороманоскопія - Фіброколоноскопія - Рентгенографія органів грудної клітки. 4. При скеруванні на планове оперативне лікування – відповідно до рубрики Д</p>	<p>1. Гормональне лікування - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - антипрогестини; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.</p>	<p>1. Для дообстеження. 2. Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.</p>	<p>Відсутність клінічних проявів.</p>	<p>1. До менопаузи (огляд два рази на рік). 2. Два роки після оперативного лікування. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>

ПОЛІПИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

<p>Поліп жіночого статевого органа. Виключено: Аденоматозний поліп (D28.-). Плацентарний поліп (O 90.8). Поліп тіла матки поліп: - ендометрія - матки БДВ Виключено: поліпoidну гіперплазію ендометрію (N85.0).</p>	<p>N 84 N 84.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Гістероскопія. 4. Аналіз крові на онкомаркери</p>	<p>1. Роздільне вишкрібання цервікального каналу та стінок маткової порожнини з ППД. 2. Лікування в залежності від результатів гістологічного дослідження.</p>	<p>1. Маткова кровотеча. 2. УЗ-верифікація поліпу</p>	<p>1. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження, УЗД (1 раз в 6 місяців); 2. Позитивна динаміка даних аспіраційної біопсії, контрольного вишкрібання.</p>	<p>1. Протягом 1 року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Поліп шийки матки. Поліп оболонки шийки матки.</p>	<p>N84.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія.</p>	<p>1. Поліпектомія з лікувально-діагностичним вишкрібанням цервікального каналу та стінок маткової порожнини з ППД отриманого матеріалу. 2. Лікування в залежності від результатів гістологічного дослідження.</p>	<p>1. Маткова кровотеча. 2. Наявність поліпу шийки матки</p>	<p>Клінічне одужання; Відсутність рецидиву протягом 6 міс.</p>	<p>1. Протягом 6 міс. після клінічного одужання 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Поліп піхви. Поліп вульви. Поліп соромітної губи. Поліп інших відділів жіночих статевих органів. Поліп жіночих статевих органів, неуточнений.</p>	<p>N84.2 N84.3 N84.8 N84.9</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. Біопсія поліпу з гістологічним дослідженням біоптату. 3. Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви.</p>	<p>Поліпектомія.</p>	<p>Кровотеча, рецидив захворювання.</p>	<p>Відсутність ускладнень поліпектомії та рецидиву захворювань.</p>	<p>1. Протягом 6 міс. після клінічного одужання 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>

ЛЕЙОМІОМА МАТКИ ТА ДОБРОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

<p>Лейоміома матки. Включено: Доброякісні новоутворення матки з морфологічним кодом M889 та кодом характеру новоутворення / 0</p>		<p>1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Гістеросальпінгографія. 3. Трансвагінальна, трансабдомінальна ехографія.</p>	<p>1. Оперативне лікування з часу встановлення діагнозу. 2. Замісна гормональна терапія в післяопераційному періоді за показаннями. 3. Симптоматична терапія.</p>	<p>1. Симптомна лейоміома матки. 2. Дообстеження (роздільне діагностичне</p>	<p>Відсутність патологічних змін при гінекологічному дослідженні та УЗД.</p>	<p>6 місяців після оперативного лікування.</p>
--	--	---	---	--	--	--

фібріоміома матки Підслизова лейоміома матки.	D25.0				вишкрібання із ПГД препаратів, гістероскопія).	Позитивна динаміка змін при гінеколо-гічному дослідженні та УЗД.	1. Постійно до оперативного лікування (огляд двічі на рік). 2. 6 місяців після оперативного лікування.
Інтрамуральна лейоміома матки. Субсерозна лейоміома матки. Лейоміома матки, неуточнена.	D25.1 D25.2 D25.9	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Відповідно до рубрики Д при симптомній лейоміомі матки. 3. Гістеросальпінгографія. 4. Трансвагінальна, трансабдомінальна ехографія.	1. Консервативне лікування: - прогестагени; - агоністи гонадотро-пінерлізінг гормонів; - антигормони. 2. Оперативне лікування (симптомна лейоміома матки). 3. Замісна гормональна терапія в післяопераційному періоді (за показаннями). 4. Симптоматична терапія.	1. Симптомна лейоміома матки. 2. Дообстеження (роздільне діагностичне вишкрібання із ПГД препаратів, гістероскопія, лапароскопія).			
Інші доброякісні новоутворення матки. Шийки матки.	D26 D26.0	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Цервікоскопія. 3. Гістероскопія. 4. Гістеросальпінгографія. 5. Біопсія шийки матки із ПГД біоптату.	1. Оперативне лікування. 2. При малоінвазивних втручаннях – в умовах стаціонару одного дня.	1. Оперативне лікування. 2. Дообстеження. 3. Поява ускладнень.		Клінічне одужання, підтверджене цито- і патогістологічним дослідженням.	Протягом 1 року після оперативного лікування (огляд двічі на рік).
Тіла матки, інших частин матки, неуточнені.	D26.1 D26.7 D26.9	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Гістеросальпінгографія. 3. Гістероскопія. 4. Трансвагінальна/ трансабдомінальна ехографія. 5. Комп'ютерна томографія (за показаннями).	1. Оперативне лікування (симптомна пухлина матки). 2. Симптоматична терапія.	1. Симптомна пухлина матки. 2. Дообстеження (роздільне діагностичне вишкрібання із ПГД препаратів, гістероскопія, лапароскопія).		Клінічне одужання.	Протягом 1 року після оперативного лікування (огляд двічі на рік).
Доброякісні новоутворення яєчника.	D27	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. УЗД органів малого таза. 3. Комп'ютерна томографія за показаннями. 4. Фіброгастроскопія. 5. Ірігоскопія. 6. Аналіз крові на онкомаркери (СА 125, СЕА,	Оперативне лікування.	1. Наявність пухлини яєчника. 2. Симптомне новоутворення яєчника. 3. Дообстеження.		1. Клінічне виздоровлення. 2. Відсутність патологічних змін при гінекологічному дослідженні та УЗД. 3. Відсутність	Протягом 5 років після операції (огляд двічі на рік).

		МСА). 7. ТФД та гормональні дослідження за показаннями.				рецидиву пухлини протягом 5 років.	
Доброякісне новоутворення інших та неуточнених жіночих статевих органів. Включено: Аденоматозний поліп шкiри жіночих статевих органів. Вульви.	D28 D28.0	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Біопсія новоутворення із ППД.	Стаціонарне лікування.	1. Дообстеження 2. Оперативне лікування.	Клінічне одужання, підтвержене результатами цитологічного і патогістологічного досліджень.	3 місяці після оперативного лікування.	
Піхви.	D28.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Біопсія новоутворення із гістологічним дослідженням біоптату.	Оперативне лікування в умовах стаціонару.	1. Симптомні доброякісні новоутворення піхви. 2. Оперативне лікування.	Клінічне одужання, підтвержене результатами цитологічного і гістологічного досліджень.	3 міс після оперативного лікування	
Маткових труб та зв'язок: Фалопієвої труби Маткової зв'язки (широкої, круглої).	D28.2 D28.7	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 3. Фіброгастроскопія. 6. Аналіз крові на онкомаркери	Оперативне лікування в умовах стаціонару.	1. Симптомні пухлинні процеси. 2. Оперативне лікування.	1. Відсутність рецидиву пухлини протягом 5 років. 2. Відсутність патологічних змін при гінекологічному дослідженні та УЗД.	Протягом 5 років після операції (огляд двічі на рік).	

III. ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНКИ ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Відсутня, мізерна та нечаста менструація. Включено: дисфункцію яєчників (E28.)	N 91	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Генетичне обстеження. 4. ТФД. 5. Діагностичні гормональні проби. 6. Гормональне дослідження: ЛГ, ФСГ, E ₂ , ПРЛ,	1. Етіотропна терапія. 2. Гормональна терапія (відповідно до виявлених порушень та існуючих схем): циклічна терапія (естрогени, естроген-гестагени, прогестагени, стимулятори	Дообстеження та уточнення діагнозу.	Регулярний двофазний менструальний цикл.	Протягом 1 року за умови регулярного менструального циклу (огляд кожні 3 місяці).	
Первинна аменорея. Порушення менструації у пубертатний період.	N 91.0						
Вторинна аменорея.	N 91.1						

<p>Відсутність менструація у жінки, в якій раніше було менструацій.</p> <p>Аменорея, неуточнена.</p> <p>Відсутність менструації Б/ДВ.</p> <p>Первинна олігоменорея.</p> <p>Мізерні або нечасті менструації з самого початку.</p> <p>Вторинна олігоменорея.</p> <p>Мізерні або нечасті менструації у жінки, яка раніше мала нормальні менструації.</p> <p>Олігоменорея, неуточнена.</p> <p>Гіпоменорея Б/ДВ.</p>	<p>N 91..2</p> <p>N 91..3</p> <p>N 91. 4</p> <p>N 91. 5</p>	<p>кортизол та інші (за показаннями).</p> <p>7. МРТ</p> <p>8. Консультування окулістом з проведення периметрії.</p>	<p>овуляції, інгібітори синтезу пролактину, кортикостероїди).</p> <p>3. Дієтоterapia.</p> <p>4. Антибактеріальна терапия (за показаннями).</p> <p>5. Психотерапия.</p> <p>6. Санаторно-курортне лікування.</p> <p>7. Терапия, призначена профільними фахівцями.</p>	<p>1. Гормональна терапия (естроген-гестагени, прогестагени, стимулятори овуляції).</p> <p>2. Симптоматична терапия (гемостатики, препарати заліза, утеротоніки, знеболюючі та інші).</p> <p>3. Дієтоterapia.</p> <p>4. Призначення профільних спеціалістів.</p> <p>5. Оперативне лікування в умовах стаціонару за показаннями.</p> <p>6. Санаторно-курортне лікування.</p>		<p>Регулярні місячні при двофазному менструальному циклі.</p>	<p>Протягом 1 року після закінчення всіх видів лікування за умови регулярного менструального циклу (огляд кожні 3 місяці).</p>
<p>Надмірні, часті та нерегулярні менструації.</p> <p>Виключено: кровотечу після менопаузи (N 95.0).</p> <p>Надмірні та часті менструації з регулярним циклом:</p> <p>а) періодичні надмірні менструації;</p> <p>б) менорагія;</p> <p>в) поліменорія.</p> <p>Надмірні та часті менструації з нерегулярним циклом:</p> <p>а) нерегулярні кровотечі в міжменструальний період;</p> <p>б) нерегулярні вкорочені інтервали між менструальними кровотечами;</p> <p>в) менометрорагія;</p> <p>г) метрорагія.</p>	<p>N 92</p> <p>N 92.0</p> <p>N 92.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрика Г.</p> <p>2. Тести функціональної діагностики.</p> <p>3. Аналіз крові (гемоглобін крові до та після місячних, час згортання крові, кількість тромбоцитів).</p> <p>4. Коагулограма.</p> <p>5. Група крові та резус-фактор.</p> <p>6. УЗД органів малого таза.</p> <p>7. Аспіраційна біопсія ендометрію з ПГД аспірату.</p> <p>8. Гормональне обстеження за показаннями.</p> <p>9. Консультації та призначення профільними фахівцями.</p>	<p>1. Гормональна терапия (естроген-гестагени, прогестагени, стимулятори овуляції).</p> <p>2. Симптоматична терапия (гемостатики, препарати заліза, утеротоніки, знеболюючі та інші).</p> <p>3. Дієтоterapia.</p> <p>4. Призначення профільних спеціалістів.</p> <p>5. Оперативне лікування в умовах стаціонару за показаннями.</p> <p>6. Санаторно-курортне лікування.</p>	<p>1. Добоостеження та лікування</p> <p>2. Надмірна кровотеча та розвиток анемії</p> <p>3. Відсутність ефекту від консервативної терапії.</p> <p>4. Оперативне лікування.</p>		<p>Регулярні місячні при двофазному менструальному циклі.</p>	<p>Протягом 1 року після закінчення всіх видів лікування за умови регулярного менструального циклу (огляд кожні 3 місяці).</p>
<p>Надмірні менструації в період статевого</p>	<p>N 92.2</p>	<p>1. Відповідно до рубрика Г.</p> <p>2. Тести функціональної</p>	<p>1. Стационарне лікування.</p> <p>3. Реабілітаційні заходи в</p>	<p>1. Надмірна кровотеча.</p>		<p>Протягом 1 року після закінчення всіх</p>	

<p>дозрівання:</p> <ul style="list-style-type: none"> - надмірна кровотеча, пов'язана зі становленням менструального періоду; - пубертатна менорагія; - пубертатна кровотеча. <p>Овуляційна кровотеча. Надмірна кровотеча в передменопаузний період.</p> <p>Мено- або метрорагія:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клімактерична; - менопаузна; - передклімактерична; - передменопаузна. <p>Інша уточнена нерегулярна менструація. Нерегулярна менструація неуточнена.</p>	<p>N 92.3</p> <p>N 92.4</p> <p>N 92.5</p> <p>N 92.6</p>	<p>діагностики.</p> <p>3. Аналіз крові (гемоглобін крові до та після місячних, час згортання крові, кількість тромбоцитів).</p> <p>4. Коагулограма.</p> <p>5. Група крові та резус-фактор.</p> <p>6. УЗД органів малого таза.</p> <p>7. Аспіраційна біопсія ендометрію з ПГД аспірату.</p> <p>8. Гормональне обстеження за показаннями.</p> <p>9. Консультатії та призначення профільними фахівцями.</p>	<p>амбулаторних умовах (з урахуванням ПГД):</p> <ul style="list-style-type: none"> - симптоматична терапія; - гормональна терапія; - санаторно-курортне лікування; - консультації профільних спеціалістів. 	<p>2. Дообстеження та лікування (роздільне діагностичне вишкрібання з ПГД препаратів, симптоматична терапія).</p>	<p>циклу.</p>	<p>видів лікування за умови регулярного менструального циклу (огляд кожні 3 місяці).</p>
<p>Кровотеча після і під час статевого контакту.</p>	<p>N93.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г.</p> <p>2. УЗД органів малого таза.</p> <p>3. Розширена кольпоскопія.</p> <p>4. При помірній та значній кровотечі – обстеження та лікування в умовах стаціонару.</p>	<p>1. Етіотропне лікування.</p> <p>2. Стаціонарне лікування.</p>	<p>Помірна та значна кровотеча.</p>	<p>Відсутність клінічних проявів.</p>	<p>Протягом 5 років за відсутності клінічних проявів (огляд 2 рази в рік).</p>
<p>Міжменструальний біль.</p>	<p>N94.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г.</p> <p>2. Тести функціональної діагностики.</p> <p>3. УЗД органів малого таза.</p> <p>4. Консультації суміжних спеціалістів за показаннями.</p> <p>5. Гормональні дослідження (за показаннями).</p>	<p>1. Нестероїдні протизапальні препарати.</p> <p>2. Спазмолітики.</p> <p>3. Седативні.</p> <p>4. Корекція гормональних порушень за показаннями.</p>	<p>1. Відсутність ефекту від амбулаторного лікування – наявність більшого синдрому.</p> <p>2. Синдром другого живота.</p>	<p>Відсутність клінічних проявів.</p>	<p>За відсутності клінічних проявів протягом 1 року.</p>
<p>Відсутність лібідю.</p>	<p>N94.1.</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г.</p> <p>2. УЗД органів малого таза.</p> <p>3. Обстеження на ІПСШ.</p> <p>4. Консультація</p>	<p>1. Етіотропне лікування</p> <ul style="list-style-type: none"> - лікування ІПСШ; - лікування гінекологічної патології; - гормональна терапія; 	<p>–</p>	<p>Нормалізація статевої функції.</p>	<p>Не потребує.</p>

			сексопатолога, психолога. 5. ТФД. 6. Гормональні дослідження (за показаннями).	- терапія екстрагенітальних захворювань. 2. Дієто-, вітамінотерапія. 3. Психотерапія. 4. Санаторно-курортне лікування. 5. Лікування та обстеження у сексопатолога.			
Вагінізм.	N94.2	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Обстеження на ППШ 4. Консультація сексопатолога, психолога. 5. ТФД. 6. Гормональні дослідження (за показаннями).	1. Етіотропне лікування - лікування ППШ; - лікування гінекологічної патології; - гормональна терапія; - терапія екстрагенітальних захворювань. 2. Дієто-, вітамінотерапія. 3. Психотерапія. 4. Санаторно-курортне лікування. 5. Лікування та обстеження сексопатологом.	-	Відсутність клінічних проявів.	Не потребує.	
Синдром передменструального напруження.	N94.3	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Тести функціональної діагностики 4. Гормони крові: прогестерон, ФСГ, ЛГ, ПРЛ, естріол. 5. Консультації ендокринолога, невропатолога, психотерапевта (за показаннями).	1. Вітамінотерапія. 2. Транквілізатори. 3. Сечогінні препарати. 4. Диференційована гормонотерапія. 5. Психотерапія.	-	Відсутність клінічних проявів.	Не потребує.	
Первинна дисменорея. Вторинна дисменорея. Дисменорея неуточнена. пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом. Стани, пов'язані з жіночими	N94.4 N94.5 N94.6 N94.8 N94.9	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Тести функціональної діагностики. 3. УЗД органів малого таза. 4. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з вагіни. 5. Гормони крові: ФСГ, ЛГ,	1. Нестероїдні протизапальні. 2. Седативні. 3. Спазмолітики. 4. Вітамінотерапія. 5. Диференційована гормонотерапія. 6. ЛФК та фізіотерапія. 7. Психотерапія.	При відсутності ефекту амбулаторно-го лікування для дообстеження.	1. Нормалізація менструального циклу. 2. Відсутність епізодів захворювань протягом 6 місяців.	Протягом 1 року за відсутності клінічних проявів (огляд кожні 3 місяці).	

статевими органами і менструальним циклом, неуточнені.		ПРЛ, естрадіол, прогестерон. 6. Консультування профільними спеціалістами (за показаннями).	8. Призначення профільних спеціалістів.			
--	--	---	---	--	--	--

НЕЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Неправильне положення матки. Антеверсія. Ретрофлексія. Ретроверсія.	N 85.4	Відповідно до рубрики Г.	1. Гінекологічний масаж. 2. Фізіотерапія та лі-кувальна фізкультура. 3. Санаторно-курортне лікування.	Для проведення діагностич-но-лікувальної лапароскопії.	Відсутність ускладнень.	Не потребує.
Виворіт матки (виключено: поточну акушерську травму, післяпологовий виворіт матки).	N 85.5	Невідкладна госпіталізація.	Стационарне лікування.	Наявність виворіту матки.	Відсутність ускладнень оперативного лікування.	Протягом 2-х місяців після оперативного лікування.
Внутрішньо-маткові спайки.	N 85.6	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза.	1. Стационарне лікування. 2. Гормональні естроген-гестагенні препарати після оперативного лікування.	1. Для дообстеження. 2. Для оперативного ліку-вання.	1. Позитивна динаміка даних УЗД органів малого таза. 2. Нормальна гістероскопич-на картина.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поін-формованості.
Гематометра. Гематосальпінкс з гематометрою.	N 85.7	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	Лікування в умовах гінекологічного стаціонару.	Наявність патології. Для дообстеження.	1. Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ до-сліджень.	6 місяців після оперативного лікування (огляд кожні 3 місяці).
Інші неуточнені незапальні хвороби матки: -атрофія матки, набута -фіброз матки.	N 85.8	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	Замісна системна гормонотерапія.		Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ досліджень.	Постійно (огляд та УЗД 1 раз на рік).
Незапальна хвороба матки, неуточнена. Ураження матки БДВ.	N 85.9	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	Обстеження щодо уточнення діагнозу.		Клінічні ознаки оздоровлення.	Протягом 1 року після одужання Огляд двічі на рік).
Ерозія та ектропіон шийки матки. Декубітальна (трофічна)	N86	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Місцеве пропизапальне лікування відповідно до отриманих результатів дослідження.	Клінічні прояви захворювання.	Клінічне одужання, підтвержене коль-по-скопічним	1.6 міс. після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1

виразка. Виворіт. Виключено: з цервіцитом (N72).			2. Хірургічне лікування: - діатермокоагуляція, - діатермоконізація, - кріодеструкція, - деструкція CO ₂ лазером			та цитологічним дослідженням.	року за умови попередньої поінформованості.
Дисплазія шийки матки. Виключено: Карциному in situ шийки матки (D06). Слабовиражена дисплазія шийки матки. Інтраепітеліальна неоплазія шийки матки I ступеня.	N87	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Місцеве протизапальне лікування відповідно до отриманих результатів дослідження. 2. Хірургічне лікування: - діатермокоагуляція; - кріодеструкція; - деструкція CO ₂ лазером.	Клінічні прояви ускладнень захворювання	Клінічне одужання, підтвер-джене кольпо-скопічним та цитологічним дослідженням.	1. Протягом 2-х років після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.	
Старий розрив шийки матки. Спайки шийки матки. Виключено: поточну акушерську травму (O71.3).	N88.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Електрокоагуляція шийки матки. 2. Лікування в умовах гінекологічного стаціонару.	Відсутність ефекту від амбулаторного лікування старого розриву шийки матки.	Відновлення цілісності шийки матки.	1. Протягом 6 міс. після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.	
Стриктурна і стеноз шийки матки. Виключено: Як ускладнення пологів (O65.5).	N88.2	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Бужування цервікального каналу. 2. Усунення рубцевих змін за допомогою CO ₂ лазеру. 3. Лікування в умовах стаціонару.	Відсутність ефекту від амбулаторного лікування.	Клінічне одужання.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.	
Недостатність шийки матки. Обстеження і лікування при передбачуваній недостатності шийки матки у невагітної жінки. Виключено: таку, що впливає на плід або новонародженого (P01.0); таку, що ускладнює вагітність (O34.3).	N88.3	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Етіотропна терапія: - гормональна; - антибактеріальна. 2. Оперативне лікування в умовах стаціонару.	Для хірургічного лікування.	Нормалізація даних рентгенологічного та УЗ-обстежень.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.	

<p>Гіпертрофічне видовження шийки матки.</p>	<p>N88.4</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза</p>	<p>1. Діагермоконізація шийки матки. 2. Лікування в умовах стаціонару.</p>	<p>Гіпертрофічне видовження шийки матки II-III ступеню для хірургічного лікування</p>	<p>Клінічне одужання.</p>	<p>1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Інші уточнені незапальні хвороби шийки матки. Виключено: Поточну акушерську травму.</p>	<p>N88.8 N88.9</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза</p>	<p>Хірургічне лікування, лікування ускладнень відповідно нозологічної форми див. N88.1 N88.2, N88.3, N88.4.</p>	<p>Хірургічне лікування.</p>	<p>Клінічне одужання, відсутність рецидиву.</p>	<p>1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Незапальна хвороба шийки матки, неуточнена. Стриктурна й агрезія піхви. Вагінальні: - спайки - стеноз Виключено: післяопераційні спайки піхви (N99.2).</p>	<p>N89.5</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза</p>	<p>Хірургічне лікування.</p>	<p>Для хірургічного лікування.</p>	<p>Клінічне одужання.</p>	<p>1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Щільна дівоча перетинка. Ригідна дівоча перетинка. Щільна дівоча перетинка. Виключено: Неперфоровану дівочу перетинку (Q52.3).</p>	<p>N89.6</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза</p>	<p>Хірургічне лікування в умовах стаціонару.</p>	<p>Кровотеча.</p>	<p>Клінічне одужання.</p>	<p>1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Гематокольпос. Гематокольпос з гематометрою або з гематосальпінксом.</p>	<p>N89.7</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза</p>	<p>Оперативне лікування.</p>	<p>1. Гематокольпос. 2. Гематометра. 3. Гематосальпінкс.</p>	<p>Клінічне одужання.</p>	<p>1. Протягом 6 міс. після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>

ВИПАДІННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК

<p>Випадіння статевих органів у жінок. Неповне випадіння матки і піхви.</p>	<p>N 81 N81.2</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Цистоскопія (за показаннями). 3. Консультування та призначення уролога, проктолога.</p>	<p>1. Симптоматичне лікування. 2. ЛФК. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Оперативне лікування.</p>	<p>1. Випадіння матки і піхви II-У ступеня 2. Більовий синдром. 3. Трофічні виразки. 4. Порушення функції суміжних органів.</p>	<p>Відсутність прогресування випадіння матки .</p>	<p>При наявності матки постійно, огляд 1 раз в 6 місяців.</p>
<p>Повне випадіння матки. Інші форми випадіння жіночих статевих органів (недостатність м'язів промежини, старий розрив м'язів дна малого таза).</p>	<p>N81.3 N81.8</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Цистоскопія (за показаннями). 3. Консультування та призначення уролога, проктолога.</p>	<p>1. Оперативне лікування. 2. Симптоматичне лікування. 3. Реабілітаційні заходи - санаторно-курортне лікування та ЛФК.</p>	<p>1. Наявність повного випадіння матки. 2. Більовий синдром. 3. Трофічні виразки. 4. Гостра затримка сечі.</p>	<p>1. Нормалізація функцій суміжних органів. 2. Відсутність прогресування випадіння матки .</p>	<p>При наявності матки постійно, огляд двічі на рік.</p>

СВИЦІ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК

<p>Свиці статевих органів у жінок. Міхурово-піхвова норича.</p>	<p>N 82 N 82.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. УЗД органів малого таза. 3. Фістулографія. 4. Цистоскопія, цистографія. 5. Бактеріологічне дослідження виділень із піхви, сечі. 6. Консультатія уролога.</p>	<p>I – етап – 3 міс. санація, повноцінна дієта, коферменти, седативні препарати. II – етап – оперативне втручання.</p>	<p>Наявність міхурно-піхвової норичі – для оперативного лікування.</p>	<p>1. Відсутність рецидиву норичі після оперативного лікування. 2. Нормальна функція сечового міхура. 3. Нормалізація статевої функції.</p>	<p>Протягом 3-х років спостереження гінеколога, уролога і терапевта – до одужання</p>
<p>Норича з піхви в тонку кишку. Норича з піхви в товсту кишку. Інша кишково-генітальна</p>	<p>N82.2 N82.3 N82.4</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. УЗД органів малого таза. 3. Фістулографія. 4. Рентгенографія шлунково-</p>	<p>Оперативне лікування.</p>	<p>1. Наявність кишково-піхвової норичі – для оперативного лікування.</p>	<p>1. Відсутність рецидиву норичі після оперативного лікування.</p>	<p>Протягом 3-х років спостереження гінеколога, хірурга.</p>

<p>нориця у жінок. Кишково-маткова нориця.</p>	<p>кишкового тракту. 5. Бактеріологічне дослідження виділень із піхви, з визначенням чутливості до антибіотиків. 6. Консультування хірурга.</p>		<p>лікування. 2. Дообстеження.</p>	<p>2. Нормалізація статевої функції. 3. Нормалізація функції кишківника.</p>	
---	---	--	--	--	--

ІV. ПАТОЛОГІЯ КЛІМАКСУ ТА ДИСПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕРОЗІЯ ТА ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ ТА ПІХВИ, ВУЛЬВИ

<p>Залозиста гіперплазія ендометрію. Гіперплазія ендометрію -БДВ -кістозна -залозисто-кістозна поліпідна. Аденоматозна гіперплазія ендометрію. Гіперплазія ендометрію, атипова (аденоматозна).</p>	<p>N 85.0 N 85.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Аспіраційна біопсія ендометрію.</p>	<p>1. Гормональна терапія відповідно віку жінки. 2. Оперативне лікування за умови неефективності гормонотерапії протягом 6-12 місяців.</p>	<p>1. Маткова кровотеча. 2. Для дообстеження. 3. Діагностичне роздільне вишкрібання порожнини матки.</p>	<p>1. Протягом 5 років після ефективної гормональної терапії та 6 місяців після оперативного лікування (УЗД органів малого таза 2 рази на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Гіпертрофія матки (Матка велика або збільшена).</p>	<p>N 85.2</p>	<p>1. Динамічне спостереження. 2. Фітотерапія. 3. Симптоматична терапія.</p>	<p>1. Ускладнення перебігу. 2. Для дообстеження.</p>	<p>1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічно-го та УЗ дос-ліджень органів малого таза.</p>	<p>1. Постійно (огляд та УЗД органів малого таза два рази на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Субінволюція матки (виключено післяпологову субінволюцію).</p>	<p>N 85.3</p>	<p>1. Протизапальна терапія. 2. Утеротонічні препарати. 3. Гемостатична терапія (за показаннями).</p>	<p>1. Маткова кровотеча. 2. Підвищення температури тіла. 3. Для дообстеження</p>	<p>Відсутність клінічних проявів.</p>	<p>Протягом 2-х місяців.</p>
<p>Помірна дисплазія шийки матки.</p>	<p>N87.1</p>	<p>Лікування в онкологічному диспансері.</p>	<p>1. Ускладнення перебігу.</p>	<p>Клінічне одужання,</p>	<p>Протягом 2-х років після клінічного</p>

<p>Інтраепітеліальна неоплазія шийки матки II ступеня. Тяжка дисплазія шийки матки, не класифікована в інших рубриках. Тяжка дисплазія шийки матки БДВ. Виключено: Інтраепітеліальну неоплазію шийки матки III ступеня, зі згадуванням про тяжку дисплазію або без такого згадування (D06.). Дисплазія шийки матки, неуточнена.</p>	<p>N87.2</p>	<p>Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Бактеріологічне дослідження піхвових виділень. 4. Біопсія шийки матки з ППД. 5. Онкомаркер СА 125. 6. Консультація онкогінеколога.</p>		<p>2. Для дообстеження.</p>	<p>підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням.</p>	<p>одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Інші незапальні ураження шийки матки. Виключено: запальну хворобу шийки матки (N72) поліп шийки матки (N84.1). Лейкоплакія шийки матки.</p>	<p>N88</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Бактеріологічне дослідження піхвових виділень. 4. Біопсія шийки матки з ППД. 5. Онкомаркер СА 125. 6. Консультація онкогінеколога</p>	<p>Лікування залежно від виявленої патології.</p>	<p>Ускладнення перебігу.</p>	<p>Клінічне одужання, підтвержене кольпо-скопічним та цитологічним дослідженням.</p>	<p>1. Протягом 2-х років після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Інші незапальні ураження вагіни. Виключено: карциному in situ піхви (D07.2) запалення піхви (N76). сенільний атрофічний вагініт (N95.2). трихомонозну лейкоорею (A59.0). Слабовиражена дисплазія піхви. Інтраепітеліальна неоплазія піхви I ступеня.</p>	<p>N89</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія піхви з наступним ППД. 4. Консультація онкогінеколога</p>	<p>Лікування у онкогінеколога.</p>	<p>Ускладнення перебігу.</p>	<p>1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.</p>	<p>1. Протягом 1 року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>N89.0</p>	<p>N89.1</p>					

<p>Помірна дисплазія піхви. Інтраепітеліальна неоплазія піхви II ступеня.</p>	<p>№89.2</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія піхви з патогістологічним дослідженням біоптату. 4. УЗД органів малого таза. 5. Консультація онкогінеколога.</p>	<p>Лікування у онкогінеколога.</p>	<p>1. Ускладнення перебігу. 2. Для хірургічного лікування.</p>	<p>1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.</p>	<p>Протягом 2-х років після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці).</p>
<p>Дисплазія піхви, неуточнена.</p>	<p>№89.3</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія піхви з ППД. 4. УЗД органів малого таза. 5. Консультація онкогінеколога.</p>	<p>Лікування після уточнення діагнозу.</p>	<p>Для хірургічного лікування.</p>	<p>1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.</p>	<p>Залежно від ступеню тяжкості дисплазії див. №89.0, №89.1, №89.2.</p>
<p>Лейкоплакія піхви.</p>	<p>№89.4</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія піхви з ППД. 4. Консультація онкогінеколога.</p>	<p>1. Хірургічне лікування: - криодеструкція; - деструкція CO₂ лазером; - висікання патологічних ділянок з наступним гістологічним дослідженням. 2. Гормональне лікування (за показаннями).</p>	<p>Ускладнення перебігу захворювання.</p>	<p>1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.</p>	<p>1. Протягом 2-х років після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>
<p>Інші уточненні незапальні хвороби піхви. Лейкорей БДВ. Старий розрив піхви. Виразка маткового кльця у піхви. Виключено: Поточну акушерську травму (O70.-, O71.4, O71.7-O71.8).</p>	<p>№89.8</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з піхви. 3. Біопсія виразки з ППД біоптату. 4. Консультація онкогінеколога.</p>	<p>1. Оперативне лікування. 2. При доброякісній виразці – консервативне лікування, криодеструкція.</p>	<p>1. Для оперативного лікування. 2. Для дообстеження.</p>	<p>Клінічне одужання.</p>	<p>1. Протягом 1-го року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.</p>

Старі розриви із залученням м'язів дна малого газу (N81.8).								
Інші незапальні ураження вульви та промежини. Виключено: карциному in situ вульви (D07.1) поточну акушерську травму (O70.-, O71.7-O71.8), запалення вульви (N76.-). Слабовиражена дисплазія вульви. Інтраепітеліальна неоплазія піхви I ступеня. Помірна дисплазія вульви. Інтраепітеліальна неоплазія піхви II ступеня.	N90	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Консультація онкогінеколога.	Лікування в онкологічному диспансері.	1. Ускладнення перебігу захворювання. 2. Для дообстеження. 3. Оперативне лікування.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання (ошляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.		
Тяжка дисплазія вульви. Тяжка дисплазія вульви БДВ. Виключено: Інтраепітеліальну неоплазію вульви III ступеня, зі згадуванням про тяжку дисплазію або без такого згадування (D07.1).	N90.2	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Консультація онкогінеколога.	Лікування в онкологічному диспансері.	1. Для дообстеження. 2. Для хірургічного лікування.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.	1. Протягом 2-х років після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.		
Дисплазія вульви, неуточнена.	N90.3	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Консультація онкогінеколога.	Лікування в онкологічному диспансері.	Залежно від ступеню тяжкості дисплазії.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.	Залежно від ступеню тяжкості дисплазії див. N89.0, N89.1, N89.2.		
Лейкоплакія вульви. Дистрофія, Крауроз.	N90.4	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія вульви з паттістологічним дослідженням біоптату. 4. Цукор крові.	1. Симптоматична терапія. 2. Адаптогени, гепатопротектори, вітаміни. 3. Гормональне лікування. 4. Хірургічне лікування.	1. Ускладнення перебігу. 2. Для дообстеження. 3. Для хірургічного	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічним та цитологічним дослідженням.	1. Протягом 2-х років після клінічного одужання кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1		

			5. Гормональне дослідження (за показаннями). 6. Консультація профільних спеціалістів.		лікування.		2. Відсутність рецидиву.	року за умови попередньої поінформованості.
Атрофія вульви. Стеноз вульви.	N90.5	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Гормональне дослідження (за показаннями). 3. Консультація профільних спеціалістів.	1. Симптоматична терапія. 2. Оперативне лікування в умовах стаціонару.	1. Ускладнення перебігу. 2. Для дообстеження. 3. Для хірургічного лікування.	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність рецидиву.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.		
Гіпертрофія вульви. Гіпертрофія соромітних губ.	N90.6	1. Відповідно до рубрики Г, Д.	1. Симптоматична терапія. 2. Гормональне лікування. 3. Оперативне лікування в умовах стаціонару.	1. Ускладнення перебігу. 2. Для дообстеження. 3. Для хірургічного лікування.	Клінічне одужання.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.		
Киста вульви.	N90.7	Відповідно до рубрик Г, Д.	Оперативне лікування в умовах стаціонару.	Для хірургічного лікування.	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність рецидиву захворювання.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.		
Інші уточнені незапальні хвороби вульви та промежини. Слайки вульви. Гіпертрофія клітора.	N90.8	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Гормональне обстеження (естрогени, тестостерон, кортизон).	1. Гормональне лікування в залежності від виявленої патології. 2. Оперативне лікування в умовах гінекологічного стаціонару. 3. Симптоматична терапія.	1. Для хірургічного лікування. 2. Для дообстеження.	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність рецидиву захворювання.	Протягом 1-го року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.		

ПОРУШЕННЯ МЕНОПАУЗИ ТА ІНШІ РОЗЛАДИ В ПЕРІОДІ ПЕРЕД МЕНОПАУЗОЮ

Кровотеча в періоді після менопаузи.	N 95.0	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза.	Скерування в гінекологічний стаціонар.	Кровотеча в менопаузі.	Відсутність клінічних проявів.	Залежно від виявленої патології
Менопауза і клімактеричний стан (припливи, безсоння, головний біль, недостатня зосередженість).	N 95.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Мамографія за показаннями. 4. Консультація профільних спеціалістів (невропатолог, терапевт та інші).	1. Циклічна системна замісна гормональна терапія. 2. Фізіо-, психотерапія. 3. Симптоматична терапія.	-	Відсутність або зменшення проявів.	1. Постійно (огляд двічі на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Атрофічний вагініт у періоді постменопаузи. Сенільний (атрофічний) вагініт.	N 95.2	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Мамографія за показаннями. 4. Бактеріоскопічне дослідження мазків з піхви.	1. Циклічна системна та місцева замісна гормональна терапія. 2. Антибактеріальна терапія за показаннями. 3. Препарати для відновлення біоценозу піхви.	-	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Постійно (огляд двічі на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Стани, пов'язані зі штучною менопаузою. Інші уточнені порушення в періоді менопаузи та після менопаузи. Порушення в періоді менопаузи та після менопаузи, неуточнені.	N 95.3 N 95.8 N 95.9	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Мамографія за показаннями. 4. Консультація профільних спеціалістів (невропатолог, терапевт та інші).	1. Замісна гормонотерапія естрогенами при проведенні тотальної гістеректомії. 2. Замісна комбіно-вана гормонотерапія.	-	Відсутність клінічних проявів.	1. Постійно (огляд двічі на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

V. ПИТАННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Нозологічна форма	Шифр МКХ-10	Діагностичні заходи	Лікувально-реабілітаційні заходи	Показання до госпіталізації	Критерії ефективності лікування	Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку
1	2	3	4	5	6	7
<p>Застосування протизаплідних засобів.</p> <p>Загальні поради та консультації з контрацепції:</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультивання з питань планування сім'ї; - первинна рекомендація протизаплідного засобу. 	<p>Z 30</p> <p>Z 30.0</p>	<p>1. Анамнез.</p> <p>2. Загальне фізикальне обстеження..</p> <p>3. Вимірювання АТ (у разі вибору гормонального методу контрацепції).</p> <p>4. Обстеження статевих органів (у разі вибору вагінальних та внутрішньоматкових контрацептивів).</p> <p>5. Скринінг на предмет виявлення ПСП/ВПЛ - бактеріоскопія вагінального мазка (у разі вибору ВМК).</p> <p>6. Загальний аналіз крові (у разі вибору ВМК).</p> <p>7. Консультивання у профільних спеціалістів при наявності екстрагенітальної патології.</p> <p>8. Гнекологічний огляд не є обов'язковим для рекомендації і використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік.</p>	<p>Консультивання статевих партнерів з урахуванням:</p> <ul style="list-style-type: none"> - поінформованого вибору методу контрацепції; - даних анамнезу; - стану здоров'я; - віку; - індивідуальних особливостей. 	<p>Ускладнення при використанні контрацептиву, які потребують госпіталізації</p>	<p>1. Відсутність непланованої вагітності.</p> <p>2. Відсутність ускладнень при застосуванні конкретного методу контрацепції.</p>	<p>Протягом всього часу користування тим чи іншим методом контрацепції (огляд один раз на рік).</p>

<p>Введення протизаплідного (внутрішньоматкового) контрацептиву. Спостереження за використанням (внутрішньоматкового) протизаплідного контрацептиву.</p>	<p>Z 30.1 Z 30.5</p>	<p>1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Обстеження статевих органів. 4. Скринінг на предмет виявлення ППШ/ВІЛ (бактеріоскопія вагінального мазка). 5. Аналіз крові загальний.</p>	<p>1. Введення ВМК (безконтактний метод). 2. Видалення ВМК: - за бажанням жінки; - при частковій експульсії, - по закінченні терміну придатності. 3. Рекомендації щодо безпечної статевої поведінки.</p>	<p>Ускладнення під час введення та використання ВМК, які потребують госпіталізації</p>	<p>1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень при застосуванні ВМК.</p>	<p>Протягом користування методом (огляд один раз на рік).</p>
<p>Стерилізація жінок.</p>	<p>Z 30.2</p>	<p>Відповідно до рубрики Д.</p>	<p>1. Оперативне лікування в умовах стаціонару та денного стаціонару за наявності умов.</p>	<p>Для проведення операції.</p>	<p>1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність операційних та післяопераційних ускладнень.</p>	<p>Протягом одного року (огляд один раз на рік).</p>
<p>Спостереження за використанням протизаплідних засобів - повторна рекомендація протизаплідних пілоль або інших протизаплідних засобів.</p>	<p>Z 30.4</p>	<p>1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Вимірювання АТ (у разі використання гормонального методу контрацепції). 4. Обстеження статевих органів (у разі використання вагінальних та внутрішньоматкових контрацептивів). 5. Обстеження на предмет виявлення ППШ/ВІЛ - бактеріоскопія вагінального мазка (у разі використання ВМК). 6. Загальний аналіз крові (у разі використання ВМК). 7. Консультування у профільних спеціалістів при наявності екстрагенітальної патології.</p>	<p>За показаннями.</p>	<p>У разі виникнення ускладнень, які потребують госпіталізації</p>	<p>1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень.</p>	<p>Протягом користування методом (огляд один раз на рік).</p>
<p>Обстеження і тести для</p>	<p>Z 32.1</p>	<p>1. Гінекологічне обстеження.</p>	<p>1. Відміна методу контрацепції у разі</p>	<p>За</p>	<p>Відсутність</p>	<p>1. Регулярний</p>

встановлення вагітності - вагітність, (ще) не підтверджена - вагітність підтверджена.		2. УЗД органів малого таза. 3. Імунологічний тест на вагітність. 4. Дослідження крові на ХГЛ (за показаннями).	виявлення вагітності. 2. Подальша тактика залежно від репродуктивних планів.	показаннями.	ускладнень.	менструальний цикл.
--	--	--	---	--------------	-------------	---------------------

ПАТОЛОГІЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Доброякісна дисплазія МЗ (включає фібрознокістозну мастопатию) та після оперативного лікування в онколога з приводу доброякісної вогнищевої дисплазії за умов отримання ГЗ, щодо доброякісної патології	N60	1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (від 40 років). 5. УЗД щитоподібної залози. 6. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 7. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 8. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології		Зникнення симптомів та відсутність рецидиву протягом року	Спостереження 1 раз на 3 місяці
Галакторея	N64.3	1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (від 40 років). 5. УЗД щитоподібної залози. 6. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 7. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 8. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології			
Мастодіянія	N64.4	1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (від 40 років). 5. УЗД щитоподібної залози. 6. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 7. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 8. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології			
Субінволюція молочних залоз післялактаційна	N64.8	1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (від 40 років). 5. УЗД щитоподібної залози. 6. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ).	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології			

		7.МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 8.Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)					
--	--	---	--	--	--	--	--

БЕЗПІДНІСТЬ

<p>Жіноча безплідність, Жіноча безплідність, пов'язана з відсутністю овуляції.</p>	<p>N 97 N 97.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Гіручне число. 4. Масо-ростовий коефіцієнт. 5. Генетичне обстеження. 6. ТФД. 7. Діагностичні гормональні проби. 8. Гормональне дослід-ження : ЛГ,ФСГ, Е₂, ПРЛ, кортизол, прогестерон та інші (за показаннями). 9. Бактеріоскопічне дослід-ження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри. 10. МРТ 11. Метросальпінгографія. 12. Консультавання профільними фахівцями. 13. Спермограма чоловіка</p>	<p>1. Гормональне лікування залежно від генезу: - чисті гестагени; - комбіновані естрогенгестагенні препарати; - стимулятори овуляції; - інгібітори синтезу ПРЛ; - кортикостероїди. 2. Лікування супутньої ендокринної патології.</p>	<p>1. Для дообстеження. 2. Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії.</p>	<p>Настання та виношування вагітності.</p>	<p>1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>
<p>Жіноча безплідність трубного походження. Пов'язана з природженою аномалією маткових труб. Труби: - непрохідність - закупорення - стеноз.</p>	<p>N 97.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрик Г, Д, І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Генетичне обстеження. 4. ТФД. 5. Метросальпінгографія. 6. Туберкульозні проби (за показаннями). 7. Огляд профільними фахівцями 8. Спермограма чоловіка.</p>	<p>1. Антибактеріальна терапія залежно від встановленої етіології. 2.Фізіотерапія. 5.Розсмоктуюча терапія. 6. Сан-кур. лікування. 7. Оперативне лікування в умовах стаціонару. 8. У разі туберкульозу - специфічна терапія.</p>	<p>Оперативне лікування.</p>	<p>Настання та виношування вагітності.</p>	<p>1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>

<p>Жіноча безплідність маткового походження</p> <ul style="list-style-type: none"> - пов'язана з природною аномалією матки - дефект імплантації яйцеклітини. 	<p>N 97.2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. ТФД. 3. УЗД органів малого таза. 4. Гістеросальпінгографія. 5. Екскреторна урографія при аномаліях розвитку статевих органів. 6. Консультація генетика, проктолога, фтизіатра та ін. 8. Гістероскопія. 9. Спермограма чоловіка. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Етіотропна протизапальна терапія. 2. Хірургічне лікування (за показаннями). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дообстеження. 2. Хірургічне лікування. 	<p>Настання та виношування вагітності.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
<p>Жіноча безплідність шийкового походження.</p>	<p>N 97.3</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Обстеження за тестами функціональної діагностики. 3. Гістероцервіко-сальпінгографія. 4. Посткоітальний тест. 5. УЗД органів малого таза. 6. Кольпомікроскопія. 7. Дослідження антиспермальних антитіл у цервікальній слизі. 8. Спермограма чоловіка. 	<p>Хірургічне лікування при істміко-цервікальній недостатності, аномаліях розвитку.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дообстеження. 2. Оперативне лікування. 	<p>Настання та виношування вагітності.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
<p>Жіноча безплідність, пов'язана з чоловічими факторами.</p> <p>Жіноча безплідність іншої природи.</p> <p>Жіноче безпліддя неуточнене.</p>	<p>N 97.4 N 97.8 N 97.9</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Генетичне обстеження. 4. ТФД. 5. Діагностичні гормональні проби. 6. Гормональне дослідження: ЛГ, ФСГ, Е₂, ПРЛ, кортизол, та інші (за показаннями). 7. МРТ 8. Метросальпінгографія. 9. Консультація профільними фахівцями. 10. Спермограма чоловіка. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Етіотропне лікування. 2. Гормональне лікування. 3. Антибактеріальне, противірусне лікування (за показаннями). 4. Санаторно-курортне лікування. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дообстеження. 2. Хірургічне лікування. 	<p>Настання та виношування вагітності.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.

ДИТЯЧА ТА ПІДЛІТКОВА ГІНЕКОЛОГІЯ

Доброякісне утворення яєчника	Д 27	<ol style="list-style-type: none"> Відповідно до рубрики Г₁. Аналіз калу на яйця глистів. УЗД органів малого таза та черевної порожнини. 	<ol style="list-style-type: none"> Оперативне лікування. 	<ol style="list-style-type: none"> Наявність пухлини яєчника. Дообстеження. 	<ol style="list-style-type: none"> Клінічне одужання. Відсутність патологічних змін при гінекологічному дослідженні та УЗД. 	<p>Протягом 1 року після операції (огляд 4 рази на рік), наступні роки – двічі на рік.</p>
Синдром полікістозних яєчників	E28.2	<ol style="list-style-type: none"> Відповідно до рубрики Г₁ Визначення естрадіолу, ЛГ, ФСГ, прогестерону, пролактину в крові. Проведення ГФД. МРТ за показаннями. Консультація, ендокринолога, генетика, окулісту. 	<ol style="list-style-type: none"> Стимулююча негормональна терапія. Гомеопатичні препарати. Рефлексотерапія, фізіотерапія. Гормональне лікування (за показаннями). Хірургічна лапароскопія (за показаннями). 	<ol style="list-style-type: none"> Дообстеження. Проведення комплексної терапії. Проведення першого курсу гормонотерапії Оперативне лікування (при неефективності консервативної терапії протягом 1-3 років). 	<p>Нормалізація менструальної функції.</p> <p>Протягом – одного року. Зняття з обліку при нормалізації менструальної функції.</p>	
Затримка статевого дозрівання	E30.0	<ol style="list-style-type: none"> Відповідно до рубрики Г₁ Визначення естрадіолу, ЛГ, ФСГ, прогестерону, пролактину, СТГ в крові. Проведення ГФД. МРТ за показаннями Консультація, ендокринолога, генетика. Визначення статевого хроматину, каріотипування (при необхідності). 	<ol style="list-style-type: none"> Стимулююча негормональна терапія. Гомеопатичні препарати. Рефлексотерапія, фізіотерапія. Гормональне лікування (за показаннями). 	<ol style="list-style-type: none"> Дообстеження Проведення комплексної стимулюючої терапії або першого курсу гормонотерапії 	<p>Нормалізація менструальної функції.</p>	<p>Чотири рази на рік до нормалізації менструальної функції протягом одного року.</p>
Передчасне статеве дозрівання	E30.1	<ol style="list-style-type: none"> Відповідно до рубрики Г₁ Визначення естрадіолу, 	<ol style="list-style-type: none"> Симптоматична терапія. 	<ol style="list-style-type: none"> Дообстеження 	<p>Відсутність прогресування</p>	<p>До завершення пубертаті 4 рази на рік.</p>

			ЛГ, ФСГ, прогестерону, пролактину, ГПГ в крові. 4.Проведення ТФД. 5.МРТ 6.Консультація, ендокринолога, генетика 7. Визначення статевого хроматину, каріотипування (при необхідності).			я процесу	
--	--	--	---	--	--	-----------	--

ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Гострий сальпінгіт та оофорит. Гостре запальне захворювання матки.	N70.0 N71.0	1.Відповідно до рубрики Г ₁ 2.Консультація хірурга (за показаннями).	1.Антибактеріальна терапія. 2.Десенсибілізуюча терапія. 3.Дезінтоксикаційна терапія.	1.Гострий запальний процес.	1.Нормалізація загального стану, клінічних аналізів. 2.Зникнення запальних вогнищ.	1.Один рік (огляд 3-4 рази на рік). 2.Стійка ремісія протягом 6 місяців.
Хронічний сальпінгіт та оофорит. Гідросальпікс. Хронічне запальне захворювання матки	N70.1 N71.1	1.Відповідно до рубрики Г ₁ 2.Консультація хірурга (за показаннями).	1.Імуномодуюча терапія. 2.Розсмоктуюча терапія із фізіюгералією. 3.Посиндромна терапія.	1.Загострення запального процесу. 2. Неєфективність амбулаторного лікування.	1.Відсутність клінічних проявів. 2.Нормалізація гінекологічного статусу, лабораторних та УЗ дослідження.	1.Один рік (огляд 3-4 рази на рік). 2.Стійка ремісія протягом 6 місяців.

ХВОРОБИ БАРТОЛІНОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кіста бартолінової залози	N75.0	1.Відповідно до рубрики Г ₁ та Д.	Оперативне лікування.	Наявність кісти бартолінової залози.	1.Клінічне одужання. 2.Відсутність ускладнень оперативного лікування.	1.Три місяці після операції. 2.Відсутність рецидиву.
Абсцес бартолінової залози	N75.1	1.Відповідно до рубрики Г ₁ та Д.	1.Оперативне лікування. 2.Антибактеріальна терапія. 3.Симптоматична терапія.	Наявність абсцесу бартолінової залози.	1.Клінічне одужання. 2.Відсутність ускладнень оперативного лікування.	1.Три місяці після операції. 2.Відсутність рецидиву.

ІНШІ ЗАПАЛЕННЯ ПІХВИ ТА ВУЛЬВИ

Гострий вагініт. Гострий вульвіт.	N76.0 N76.2	1.Відповідно до рубрики Г ₁	1. Загальноозміцнюючі заходи. 2. Місцеве лікування. 3. Гігієнічні процедури. 4.Фізіотерапія.	Необхідність проведення вагіноскопії під загальним знеболенням.	1Відсутність клінічних проявів та нормалізація лабораторних ьдосліджень.	1.Один рік (огляд 1 раз на місяць 3 міс, потім 1 раз в місяць).. 2.При стійкій ремісії – один рік.
Підгострий та хронічний вагініт. Підгострий та хронічний вульвіт.	N76.1 N76.3	1.Відповідно до рубрики Г ₁	1.Загальноозміцнюючі заходи. 2. Місцеве лікування. 3. Гігієнічні процедури. 4. Фізіотерапія. 5. Пробиотики інтравагінально та перорально.	1. Неefективність амбулаторної терапії. 2. Необхідність проведення вагіноскопії під загальним знеболенням.	1Відсутність клінічних проявів та нормалізація лабораторних ьдосліджень	1.Один рік (огляд 1 раз на місяць - 3 міс, потім 1 раз в 3 місяці). 2.При стійкій ремісії – один рік.
Абсцес вульви. Фурункул вульви.	N76.4	1.Відповідно до рубрики Г ₁ та Д. 2.Бактеріологічне дослідження вмісту абсцесу на мікрофлору з визначенням чутливості до антибіотиків.	1..Антибактеріальна терапія. 2.Синдромологічна терапія.	Наявність абсцесу або фурункулу вульви	1.Клінічне одужання. 2.Відсутність ускладнень оперативного лікування	1.Три місяці після оперативного лікування. 2.Відсутність рецидиву.

НЕЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

<p>Фолікулярна кіста яєчника. Кіста жовтого тіла</p>	<p>N83.0 N83.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г1 та Д. 2. Обстеження органів ШКТ.</p>	<p>Гормональна терапія (гестагени, КОК) протягом 3-6 місяців.</p>	<p>Ускладнена кіста яєчника Симптоми гострого живота</p>	<p>Відсутність патологічних змін внутрішніх геніталей та при УЗД.</p>	<p>1. Один рік (огляд 4 рази на рік). 2. Відсутність рецидиву.</p>
<p>Первинна дисменорея. Вторинна дисменорея</p>	<p>N94.4 N94.5</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення ФСГ, ЛГ, ТТГ, ПРЛ, естрадіолу, прогестерону в крові. 3. УЗД щитовидної залози. 4. Електроенцефалограма. 5. Консультація невролога, окуліста.</p>	<p>1. Загальнозміцнююча терапія. 2. Протизапальні препарати нестероїдного походження. 3. Фізіотерапія, рефлексотерапія, гомеопатичні засоби. 4. Гормонотерапія (за показаннями). 5. Антибактеріальна терапія (за показаннями)</p>	<p>1. Неefективність амбулаторного лікування протягом 1-2 місяців. 2. Необхідність дообстеження і комплексної терапії в умовах стаціонару.</p>	<p>Відсутність епізодів захворювання протягом 6 місяців.</p>	<p>1. Огляд 6 разів на рік. 2. Стійка ремісія протягом року.</p>
<p>Лейкоплакія вульви. Дистрофія вульви. Крауроз вульви.</p>	<p>N90.4</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г1 2. RW, ВІЛ за показаннями. 3. Консультація дерматовенеролога.</p>	<p>1. Симптоматична терапія 2. Місцева терапія. 3. Відновлення біоценозу піхви.</p>	<p>1. Неefективність амбулаторного лікування. 2. Необхідність комплексного лікування та дообстеження.</p>	<p>Нормалізація стану вульви.</p>	<p>До менархе. Контрольний огляд щорічно.</p>

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

<p>Первинна аменорея. Вторинна аменорея</p>	<p>N91.0 N91.1</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення прогестерону, естрадіолу, ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактину в крові. 3. МРТ. 4. Проведення ТФД. 5. Консультація, ендокринолога, генетика. 6. Визначення статевого хроматину, каріотипування</p>	<p>1. Загально зміцнююча терапія. 2. Гомеопатичні засоби. 3. При неefективності – гормональна терапія.</p>	<p>1. Комплексне обстеження для встановлення причини аменореї. 2. Проведення комплексної стимулюючої терапії, підбір</p>	<p>1. Встановлення рівня ушкодження. 2. Досягнення менструально подібної реакції при гормональній терапії.</p>	<p>1. Один рік. (огляд 4 рази на рік). 2. При нор-мальній менструальній функції протягом 1 року.</p>
---	------------------------	---	--	--	--	--

	N91.3 N91.4		(за показаннями).	1. Відповідно до рубрики Г ₁ 2. Визначення прогестерону, естрадіолу, ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактину в крові. 3. МРТ. 4. Проведення ТФД. 5. Консультація, ендокринолога, генетика. 6. Визначення статевих хроматинів, каріотипування (за показаннями).	1. Загально змінююча терапія. 2. Гомеопатичні засоби. 3. При неефективності – гормональна терапія.	необхідної гормональної терапії.	1. Покращення даних гінекологічного та УЗ обстежень. 2. Досягнення менструальної нормальності реакції у разі гормональної терапії. 3. Неефективність лікування в амбулаторних умовах.	1. Один рік (огляд 4 рази на рік) 2. Досягнення менструальної нормальності реакції при гормональній терапії. При нормальній менструальної функції протягом року.
Первинна олігоменорея Вторинна олігоменорея	N92.2	1. Відповідно до рубрики Г ₁ 2. Група крові та резус фактор 3. Коагулограма 4. Визначення ЛГ, ФСГ, Естрадіолу, прогестерону в крові. 4. Консультація, ендокринолога, гематолога.	1. Симптоматична терапія. 2. При неефективності – гормональна терапія. 3. Лікувально-діагностичне вишкрібання за життєвими показаннями (ПД). 4. Протизапальна терапія (за показаннями). 5. Протирецидивне лікування.	1. Зупинення маткової кровотечі. 2. Регуляція менструальної функції.	Пубертатна менорагія.	1. Огляд щомісяця 3 міс, потім 1 раз на 3 міс. 2. Протягом одного року після нормалізації менструальної функції, після вишкрібання – 2 роки.		

ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Природжена відсутність піхви	Q52.0	1. Відповідно до рубрики Г ₁ та Д. 2. УЗД нирок. 3. Консультація генетика. 4. Визначення статевого хроматину, каріотипу (за показаннями). 5. Діагностична лапароскопія (за показаннями).	Оперативне лікування (пластика - створення піхви перед вступом в шлюб.).	Оперативне лікування.	Відновлення статевої функції.	Протягом першого року огляд раз на 3 місяці, потім раз у 6 місяців.
Подвоєння піхви	Q52.1	1. Відповідно до рубрики Г ₁ та Д. 2. УЗД нирок. 3. Консультація генетика.	Спостереження	1. Абдомінальні болі.	Відсутність ускладнень	Протягом першого року огляд раз на 3 місяці, потім раз у 6 місяців
Дівоча перетинка, що повністю закриває вхід у піхву	Q52.3	1. Відповідно до рубрики Г ₁ та Д. 2. УЗД нирок.	Спостереження за початком менархе Скерування в стаціонар при виникненні скарг	Виникнення болювого синдрому	1. Відновлення відтоку менструальної крові.	1. Три рази на рік. 2. Відсутність рецидиву протягом року.
Зрошення соромітних губ	Q52.5	1. Відповідно до рубрики Г ₁	1. Місцева терапія.	Неефективність місцевої терапії Наявність зрошення соромітних губ.	1. Відсутність післяопераційних ускладнень. 2. Нормалізація анатомічного стану.	6 місяців (з оглядом щомісяця) при відсутності рецидиву.

ТРАВМИ ЖИВОТА ТА ГАЗУ

Удар зовнішніх статевих органів (Травма зовнішніх статевих органів). Відкрита рана піхви та вульви.	S30.2 S31.4	1. Відповідно до рубрики Г ₁ 2. Консультація судово-медичного експерта (при підозрі на статевий злочин).	Скерування в гінекологічний стаціонар	Наявність травми, кровотеча зі статевих органів.	1. Розсмоктування гематоми. 2. Відсутність гнійно-запальних ускладнень.	1. Шість місяців (огляд 1 раз на 3 місяці).
--	----------------	--	---------------------------------------	--	--	---

НАСЛІДКИ ПРОНИКНЕННЯ СТОРОННЬОГО ТІЛА ЧЕРЕЗ ПРИРОДНІЙ ОТВІР

Стороннє тіло у вульві та піхві	Т19.2	1.Відповідно до рубрики Г1 2.Консультація психоневролога.	1.Видалення стороннього тіла вульви. Санація зовнішніх геніталій	Наявність стороннього тіла в піхві	Відсутність ускладнень	1. Три місяці (огляд щомісяця). 2. Відсутність запалення
---------------------------------	-------	--	---	------------------------------------	------------------------	---

**Склад робочої групи, який затверджено наказом МОЗ України від
28.07.2009 №543**

Моїсеєнко Р.О. Коломейчук В.М.	Перший заступник Міністра, голова робочої групи Начальник відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення, заступник голови робочої групи
Камінський В.В.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «акушерство і гінекологія», професор, заступник голови робочої групи
Венцківський Б.М.	Завідувач кафедру акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця, професор, голова Української Асоціації акушер-гінекологів України (за згодою)
Гойда Н.Г.	Проректор з лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, професор (за згодою)
Горовенко Н.Г.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «медична генетика», професор
Гладка С.Й.	Лікар акушер-гінеколог жіночої консультації №12 м. Одеси (за згодою)
Донець В.Є.	Головний спеціаліст з акушерства та гінекології УОЗ Житомирської ОДА (за згодою)
Дудіна О.О.	Завідувачка відділенням охорони здоров`я матері і дитини Українського Інституту стратегічних досліджень МОЗ України
Іркіна Т.К.	Клінічний директор проекту «Здоров`я матері та дитини» (за згодою)
Квашенко В.П.	Професор Донецького державного медичного університету (за згодою)
Кузьменко О.О.	Асистент з клінічних питань проекту USAID «Здоров`я матері та дитини» (за згодою)
Матюха П.Ф.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «сімейна медицина», професор
Медведь В.І.	Завідувач відділенням внутрішньої патології вагітних ДУ «ІПАГ АМН України», професор (за згодою)
Нізова Н.М.	Заступник директора проекту «Розвиток послуг у сфері ВІЛ», професор (за згодою)
Одинець В.І.	Завідувач жіночою консультацією №14 м. Одеси (за згодою)
Остапенко О.І.	Головний спеціаліст з акушерства та гінекології УОЗ Донецької міської ради (за згодою)
Ошовська Т.Т.	Завідувачка Вінницьким обласним центром планування сім'ї (за згодою)

Пирогова В.І.	Завідувачка кафедрою акушерства, гінекології та перинатології Львівського національного медичного університету (за згодою)
Сало Н.Й.	Директор з клінічних питань проекту «Разом до здоров'я» (за згодою)
Татарчук Т.Ф.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «дитяча гінекологія», професор
Чибісова І.В.	Головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України