

***Оказание медицинской помощи
по профилю «акушерство и
гинекология»***

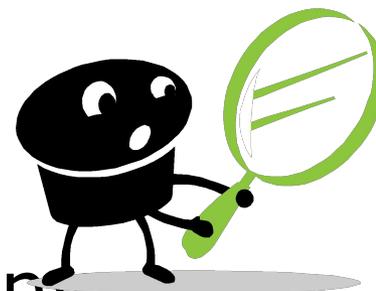


**Ассистент кафедры
акушерства
и гинекологии № 2
Шамина ИВ.**

**Порядок оказания медицинской
помощи по профилю «акушерство и
гинекология» *№ 572н***

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации «01» ноября **2012** г



1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
2. Действие настоящего Порядка распространяется на медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, независимо от форм собственности.

- Приложение 1. Правила организации деятельности женской консультации
- Приложение 2. Рекомендуемые штатные нормативы **ЖК**
- Приложение 3. Стандарт оснащения ЖК
- Приложение 4. Правила организации деятельности
врача-акушера-гинеколога женской консультации
- Приложение 5. Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде

- Приложение 6. Правила организации деятельности **РД** (отделения)
- Приложение 7. Рекомендуемые штатные нормативы РД (отделения)
- Приложение 8. Стандарт оснащения РД (отделения)
- Приложение 9. Правила организации деятельности **перинатального центра**
- Приложение 10. Рекомендуемые штатные нормативы...
- Приложение 11. Стандарт оснащения...

- Приложение 12. Правила организации деятельности **отделения анестезиологии-реаниматологии** перинатального центра и родильного дома
- Приложение 13. Правила организации деятельности **акушерского дистанционного консультативного центра** с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами
- Приложение 14. Рекомендуемые штатные нормативы...
- Приложение 15. Стандарт оснащения...

- Приложение 16. Правила организации деятельности **Центра охраны материнства и детства**
- Приложение 17. Правила организации деятельности **гинекологического отделения**
- Приложение 18. Рекомендуемые штатные нормативы...
- Приложение 19. Стандарт оснащения...
- Приложение 20. Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

- Приложение 21. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую **помощь девочкам** с гинекологическими заболеваниями
- Приложение 22. Правила организации деятельности **Центра охраны здоровья семьи и репродукции**
- Приложение 23. Рекомендуемые штатные нормативы...
- Приложение 24. Стандарт оснащения...
- Приложение 25. Правила организации деятельности **Центра охраны репродуктивного здоровья подростков**
- Приложение 26. Рекомендуемые штатные нормативы...
- Приложение 27. Стандарт оснащения...

- **Приложения 28.** Правила организации деятельности **отделения сестринского ухода** для беременных женщин
- **Приложение 29.** Рекомендуемые штатные нормативы...
- **Приложение 30.** Стандарт оснащения...
- **Приложение 31.** Правила организации деятельности **Центра медико-социальной поддержки** беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации
- **Приложение 32.** Рекомендуемые штатные нормативы...
- **Приложение 33.** Стандарт оснащения...

Г. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

Медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, и скорая, в том числе скорая специализированная, в медицинских организациях, имеющих лицензию.

Два этапа: амбулаторный и стационарный.

Обеспечивают дифференцированный
объем медицинского обследования и
лечения

в зависимости от **степени риска**

возникновения осложнений с учетом
структуры, коечной мощности, уровня
оснащения и обеспеченности
квалифицированными кадрами
медицинских
организаций.



Листы маршрутизации

- **1** – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;
- **2** – акушерские стационары, имеющие в своей структуре ОРИТ;

Виды стационаров

- **3 А** – акушерские стационары, имеющие в своем составе ОРИТ, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами;

Виды стационаров

- **З Б** – акушерские стационары федеральных организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов РФ.

Виды стационаров

Критерии направления в стационар 1 группы (низкая степень риска)

- отсутствие экстрагенитальных заболеваний;
- отсутствие специфических осложнений;
- головное предлежание плода при некрупном плоде и нормальных размерах таза матери;
- отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;
- отсутствие осложнений при предыдущих родах (гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного).

Критерии направления в стационар 2 группы

- Экстрагенитальные заболевания, **компенсированные** (ПМК без гемодинамических нарушений; компенсированные заболевания ДС; увеличение ЩЖ без нарушения функции; миопия I и IIст без изменений на глазном дне; хронический пиелонефрит без нарушения функции; инфекции мочевыводящих путей вне обострения; заболевания ЖКТ.

Критерии направления в стационар 3 А группы

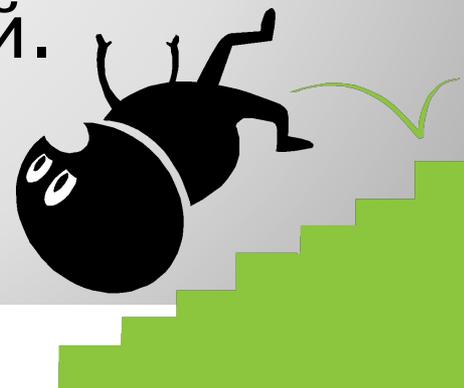
- Экстрагенитальные заболевания ССС, ДС, МВС, ЖКТ, эндокринных органов, крови, органов зрения, соединительной ткани, НС, злокачественные новообразования, травмы.

Критерии направления в стационар 3 А группы

- преждевременные роды; ВПР;
- предлежание плаценты; СЗРП II-III;
- поперечное и косое положение плода;
- преэклампсия, эклампсия; изоиммунизация;
- холестааз, гепатоз беременных;
- признаки несостоятельности рубца; беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IVст при предыдущих родах;
- тяжелое много-, маловодие.

Критерии направления в стационар 3 Б группы

Повторяет вышеназванные состояния, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий.



Осмотры проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом – не менее 7р;
- врачом-терапевтом – не менее 2р;
- врачом-стоматологом – не менее 2р;
- врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее 1р (не позднее 7-10дн после первичного обращения вЖК);
- другими врачами-специалистами – по показаниям

Физиологически
протекающая беременность

***Скрининговое УЗИ
проводится трехкратно:***

при сроках беременности

I - 11-14 недель,

II - 18-21 неделю,

III - 30-34 недели.

Пренатальный скрининг 1. (12-13нед).

Направление в медицинскую организацию, осуществляющую **экспертный уровень пренатальной диагностики**, включающей УЗИ и определение материнских сывороточных гормонов с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

УЗИ I

- При сроке беременности 18-21нед, пациентка направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих **врожденных аномалий развития плода**.
- При сроке беременности 30-34нед проводится **по месту наблюдения** беременной женщины.

УЗИ II и III

II. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам с врожденными пороками внутренних органов у плода/



Медико-генетическая консультация

- При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям и/или выявлении ВПР
- Для установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

- Перинатальный консилиум (врач-акушер-гинеколог, неонатолог, детский хирург, врач-УЗ-диагностики, генетик, кардиолог и др.) определяет прогноз для развития плода и жизни новорожденного. Заключение выдается на руки.
- Если возможна хирургическая коррекция, родоразрешение осуществляется в акушерском стационаре, имеющем ОРИТ для новорожденных.

ВГР плода

- Женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии, «сердечно-сосудистой хирургии» и/или «детской хирургии» и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи.

ВПС плода

ВПС, требующие экстренного медицинского вмешательства в первые семь дней жизни:

- простая транспозиция магистральных артерий;
- синдром гипоплазии левых, правых отделов сердца;
- предуктальная коарктация аорты;
- перерыв дуги аорты;
- критический стеноз ЛА, клапана аорты;
- сложные ВПС, сопровождающиеся стенозом ЛА;
- атрезия ЛА;
- тотальный аномальный дренаж легочных вен;

- При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение 28дн – 3мес жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

ВПС плода

ВПС, требующие планового хирургического вмешательства в течение 28дн:

- общий артериальный ствол;
- коарктация аорты с признаками нарастания градиента давления;
- умеренный стеноз клапана аорты, ЛА с признаками нарастания градиента давления
- гемодинамически значимый открытый артериальный проток;
- большой дефект аорто-легочной перегородки;
- аномальное отхождение левой коронарной артерии от ЛА;

ВПС, требующие оперативного вмешательства до 3мес:

- единственный желудочек сердца без стеноза ЛА;
- атрезия трикуспидального клапана;
- большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;
- тетрада Фалло;
- двойное отхождение сосудов от правого, левого желудочка.

Родоразрешение в акушерском стационаре, имеющем в составе ОРИТ для новорожденных и реанимобиль для экстренной или плановой транспортировки новорожденного в специализированный детский стационар выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой по стабилизации состояния.

ВПР плода изолированный

По результатам консультирования
возможно

направление на родоразрешение в
акушерские стационары федеральных
медицинских организаций для оказания
помощи новорожденному в условиях
отделения хирургии новорожденных.

ВПР плода изолированный

Изолированные ВПР:

- гастрошизис;
- атрезия кишечника (кроме дуоденальной атрезии);
- объемные образования различной локализации;
- пороки развития легких;
- пороки развития мочевой системы с нормальным количеством околоплодных вод.

ВПР плода, часто сочетающиеся с хромосомными аномалиями:

- омфалоцеле;
- дуоденальная атрезия;
- атрезия пищевода;
- врожденная диафрагмальная грыжа;
- пороки мочевыделительной системы, сопровождающиеся маловодием.

консультирование врача-генетика,
проведение

кариотипирования в декретированные сроки,
ЭХО-

кардиография у плода, МРТ плода

- Лечащий врач предоставляет беременной женщине полную информацию на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.
- Женщина имеет право отказаться от прерывания беременности.

- Прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.
- При сроке до 22нед в гинекологическом отделении, в 22нед и более в условиях наблюдационного отделения акушерского стационара.

Прерывание беременности

- Направляются женщины, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре.
- Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет **4-6ч/сут.**

Дневной стационар

- В случаях преждевременных родов направление женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

Преждевременные роды

- В 35-36нед врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический **диагноз** и определяется **место** планового родоразрешения. Женщина заблаговременно информируется.
- Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается **индивидуально**.

Дородовая госпитализация

III. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период/



В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (**партнерские**) роды.

В родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2ч после рождения продолжительностью **не менее 30мин** и поддержку грудного вскармливания.

Роды

Рекомендуется совместное пребывание
родильниц и новорожденных, **свободный
доступ членов семьи.**

Рекомендуемое время пребывания
родильницы в медицинской организации
после
физиологических родов – **3сут.**

Послеродовой период

При выписке лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 мес до 2л с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.

Послеродовой период

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

- В сроке до 10-12нед обследование в амбулаторных условиях или в стационаре при наличии показаний.
- Консилиум врачей в составе врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о состоянии здоровья, возможности вынашивания.

Заболевания ССС

- Ревматические пороки сердца
- Врожденные пороки сердца
- Болезни миокарда, эпикарда, эндокарда
- Нарушения ритма сердца
- Состояния после операций на сердце

Заболевания ССС

- При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины искусственное прерывание беременности при сроке до 22 нед проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) медицинской помощи женщине.

Заболевания ССС

- **В 18-22 обследование** для уточнения функционального состояния ССС, подбора медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения ВПР, проведения УЗИ, УЗДГ амбулаторно или в условиях стационара.
- **В 27-32** направляются в **стационар** + оценка сроков родоразрешения.
- **В 35-37 дородовая госпитализация** + ФК СН, план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

Заболевания ССС

**V. Порядок оказания медицинской помощи
женщинам при неотложных
состояниях в
период беременности, родов и в
послеродовой период**

Приложение 17. Правила организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи перинатального центра и родильного дома

- Отделения анестезиологии-реаниматологии, а также акушерские дистанционные консультативные центры с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами.
- Должны привлекаться врачи той специальности, к которой относится заболевание.
- Перевод при стабилизации.

Неотложные состояния

- Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада направляется для оказания специализированной помощи беременным, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах первой и второй групп, для транспортировки.

Неотложные состояния

Консультативная помощь



- пре- и эклампсия; HELLP-синдром;
- острый жировой гепатоз беременных;
- предлежание плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности;
- кровопотеря более 1000 мл (ПОНРП, послеродовая, послеабортная, внематочная, интраоперационная);
- рубец на матке с клиническими или инструментальными проявлениями несостоятельности;
- тяжелая рвота беременных;
- шейчно-перешеечная беременность;

Консультативная помощь

- тяжелый септический метроэндометрит; перитонит; сепсис;
- ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);
- проявления декомпенсации различных экстрагенитальных заболеваний;
- тромбоцитопения.



**VI. Порядок оказания
медицинской
помощи женщинам с ВИЧ-
инфекцией
в период беременности, родов и в
послеродовой период**

- Лабораторное обследование беременных женщин на наличие в крови антител к ВИЧ проводится **при постановке на учет**, повторное тестирование **в 28-30нед** (при отриц результате).
- Женщин, которые во время беременности употребляли парентерально психоактивные вещества или вступали в половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется обследовать дополнительно на **36нед** беременности.

ВИЧ

**Молекулярно-биологическое
обследование** беременных на ДНК или РНК проводится:

- а) при получении сомнительных результатов тестирования на АТ к ВИЧ, полученных стандартными методами (ИФА, иммунный блоттинг);
- б) группа высокого риска по ВИЧ-инфекции (употребление наркотиков внутривенно, незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в течение последних 6мес).

ВИЧ

- Забор крови при тестировании на АТ к ВИЧ осуществляется в процедурном кабинете с помощью **вакуумных систем** с последующей передачей крови в лабораторию медицинской организации с направлением.
- Тестирование на антитела к ВИЧ сопровождается обязательным дотестовым и послетестовым консультированием.

ВИЧ

- При положительном результате направление в Центр профилактики и борьбы со СПИД субъекта РФ для дополнительного обследования, постановки на Д учет и назначения химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ.

ВИЧ

- Рекомендуется избегать процедур, повышающих риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона и др.).
Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.
- При поступлении на роды недостаточно обследованных женщин, а также с анамнезом, рекомендуется лабораторное обследование **экспресс-методом** на АТ к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия.

ВИЧ +

- Обязательно консультативное сопровождение врачом-инфекционистом.
- Весь период наблюдения в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие и прием антиретровирусных препаратов.

ВИЧ +

- Каждое исследование на ВИЧ с применением экспресс-тестов должно **сопровождаться** обязательным **параллельным** исследованием той же порции крови классическими методами (**ИФА**, иммунный блот).
- **Положительный результат экспресс-теста** является основанием только для назначения **антиретровирусной профилактики** передачи ВИЧ-инфекции, но **не для постановки диагноза ВИЧ-инфекции**.

ВИЧ

При отсутствии рекомендаций врачей-специалистов Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта РФ в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

ВИЧ

Профилактика ВИЧ показана:

- ВИЧ-инфекция матери;
- «+» экспресс-тест;
- при наличии эпид.показаний (наличие в анамнезе в период настоящей беременности парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с партнером с ВИЧ-инфекцией)

- **Ограничить** проведение процедур: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.
- **Меры по недопущению длительности безводного промежутка более 4ч.**

ВИЧ +

- **Плановое кесарево** сечение проводится до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод при наличии хотя бы одного из следующих условий:
- а) вирусная нагрузка перед родами (на сроке не ранее 32нед) более или равна 1 000коп/мл или неизвестна;
- б) химиопрофилактика не проводилась, или проводилась в режиме монотерапии или менее 4нед, невозможность проведения в родах.

ВИЧ +

- У новорожденного сразу после рождения осуществляется забор крови с помощью вакуумных систем для забора крови.
- Антиретровирусная профилактика новорожденному назначается и проводится врачом-неонатологом независимо от приема антиретровирусных препаратов матерью в период беременности и родов.

ВИЧ +

Профилактика ВИЧ новорожденному

рожденному от матери с ВИЧ-инфекцией,
«+»результатом экспресс-тестирования,
неизвестным ВИЧ-статусом в возрасте
новорожденного не более 72 часов
жизни при неблагоприятном эпид.анамнезе.

Выписка осуществляется после окончания
профилактического курса, то **есть не ранее**
7дн после родов.

VII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

Медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, и скорая, в том числе скорая специализированная, в медицинских организациях, имеющих лицензию.

Два этапа: амбулаторный и стационарный.

Задачи медико-санитарной помощи

- ✓ профилактика, раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний
- ✓ оказание медицинской помощи при неотложных состояниях
- ✓ санитарно-гигиеническое образование (предупреждение абортов, охрана репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни)

Приложение 2. Рекомендуемые штатные нормативы женской консультации

Норма нагрузки консультативно-амбулаторного приема врача-акушера-гинеколога:

первичный прием беременной женщины – 30мин

повторный прием беременной женщины – 20мин

прием женщины с гинекологическим заболеванием – 25мин

профилактический осмотр женщины – 15мин

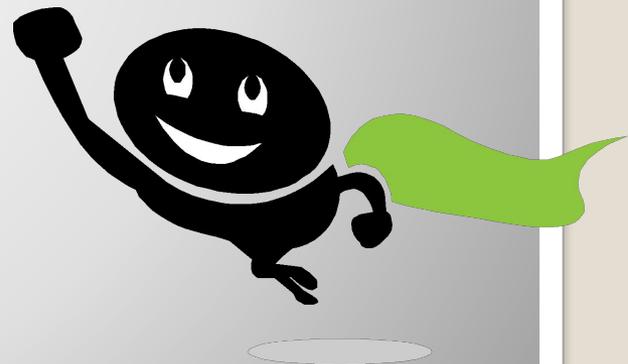
первичный прием девочки – 30мин

повторный прием девочки – 20мин



Приложение 7. Рекомендуемые штатные нормативы родильного дома (отделения)

1 должность врача акушера-гинеколога на
10 коек



Приложение 4. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации

- диспансерное наблюдение за беременными женщинами (в том числе патронаж беременных женщин и родильниц)

формирует группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода



Приложение 4. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации

- направление на пренатальный скрининг, осуществление контроля за его результатами, участие в организации и проведении перинатального консилиума
- проведение физической и психопрофилактической подготовки
- организация экстренной и неотложной медицинской помощи независимо от места жительства в случае непосредственного обращения в ЖК

Приложение 4. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации

- организация и проведение проф. мероприятий по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции (в том числе от матери ребёнку)

Приложение 4. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации

- проведение комплекса мероприятий по диспансеризации женского населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализа эффективности и качества диспансеризации

Приложение 4. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации

- организация в случаях необходимости консультирования беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим) ЖК, врачами других специальностей
- организация ведения учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством

Приложение 4. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации

- определение медицинских показаний и направление для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях, на сан-курортное долечивание
- осуществление санитарно-гигиенического образования

Приложение 4. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации

- организация и проведение мероприятий по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима
- взаимодействие с медицинскими организациями, страховыми медицинскими компаниями
- содействие обеспечению правовой помощи
- организация совместно с органами социальной защиты медико-социальной помощи

- цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки
- маммография
- УЗИ органов малого таза



Профилактические осмотры

- I группа – практически здоровые женщины, не нуждающиеся в ДУ;
- II группа – женщины **с риском** возникновения патологии репродуктивной системы;
- III группа – женщины, нуждающиеся в **дополнительном** обследовании в **амбулаторных** условиях;

Группы здоровья

- IV группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном **обследовании** и лечении в условиях **стационара**;
- V группа – женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания **высокотехнологичной** медицинской помощи.

Группы здоровья

Группы диспансерного наблюдения:

- 1– с **хроническими** заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;
- 2– с **врожденными** аномалиями развития и положения гениталий;
- 3– с нарушениями функции **репродуктивной** системы (невынашивание, бесплодие).

Обследование гинекологических больных

Женщины 1 группы обследуются для исключения злокачественных новообразований.

При выявлении кистозных и узловых изменений молочных желез направление в онкологический диспансер для верификации диагноза.

VIII. Порядок оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями

Первичная медико-санитарная помощь включает: профилактику нарушений формирования репродуктивной системы и заболеваний половых органов, раннее выявление, лечение, консультирование, просвещение девочек.

**Приложение 21. Правила
организации деятельности врача-
акушера-гинеколога,
оказывающего
медицинскую **помощь девочкам** с
гинекологическими заболеваниями**

Медико-санитарная помощь

Оказывается в детской поликлинике, ЖК, Центре охраны репродуктивного здоровья подростков, Центре охраны здоровья семьи и репродукции, Центре охраны материнства и детства, перинатальном центре, в поликлиническом отделении медико-санитарной части, ГБ, иных медицинских организациях, имеющих лицензию («Акушерство и гинекология», «педиатрия»).

Помощь девочкам и подросткам

- Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога или другого медицинского работника при оказании первичной медико-санитарной помощи является проведение профосмотров девочек в возрасте 3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез.
- До 15 лет разрешается присутствие законного представителя.

- I группа – практически здоровые девочки; с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы
- II группа – девочки с расстройствами менструаций в год наблюдения (менее 12 месяцев); с **функциональными** кистами яичников; с доброкачественными болезнями молочных желез; с травмой и с острым воспалением внутренних половых органов **при отсутствии осложнений**.

Группы здоровья

- III группа – с расстройствами менструаций в течение более 12мес; с доброкачественными образованиями матки и ее придатков; с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов без нарушения оттока менструальной крови; с хроническими заболеваниями при отсутствии осложнений.

Группы здоровья

- IV группа – с нарушением полового развития; с пороками развития, сопровождающимся нарушением оттока менструальной крови; с расстройствами менструаций и с хроническими болезнями половых органов в активной стадии; с осложнениями основного заболевания; с ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания; с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Группы здоровья

- V группа – девочки-инвалиды с сопутствующими нарушениями полового развития, расстройствами менструаций и заболеваниями наружных и внутренних половых органов.

Группы здоровья

Группы здоровья

- I и II группы состояния здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам.
- III, IV, V группам, в зависимости от выявленных заболеваний, составляется **индивидуальная программа лечения**, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение.

Группы диспансерного наблюдения

- 1 диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;
- 2 диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;
- 3 диспансерная группа – девочки с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии.

Помощь девочкам и подросткам

- Медицинские вмешательства проводятся после получения информированного добровольного согласия девочек в возрасте **15 лет** и старше.
- При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза рекомендуется малоинвазивный доступ с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

Помощь девочкам и подросткам

- Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза.

Помощь девочкам и подросткам

- зуд, жжение, признаки воспаления или повреждения, нарушения строения НПО;
- выделения из половых путей патологического характера, кровянистые;
- боли, изменение формы и величины живота;
- перерыв в менструациях более чем на 45дн в пубертатном периоде (с менархе до 15лет);

Помощь девочкам и подросткам

- начало сексуальных отношений;
- необходимость консультирования;
- патологические анализы мочи;
- увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет;
- отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;

Помощь девочкам и подросткам

- задержка физического развития в любом возрасте;
- низкорослость (рост 150см и менее) в периоде полового созревания;
- высокорослость (рост 175см и более) в периоде полового созревания;
- повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;
- отклонения от нормативной массы тела в периоде полового созревания;

Помощь девочкам и подросткам

- состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости;
- реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в пубертатном периоде;
- 3, 4 и 5 группы здоровья.

IX. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

- Проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины.
- У несовершеннолетних **младше 15 лет**, больных наркоманией **младше 16 лет**, проводится на основе добровольного информированного **согласия** одного из **законного представителя**.

Искусственное прерывание беременности

- При первичном обращении по желанию женщины или по социальному показанию направление в кабинет медико-социальной помощи для консультирования психологом.
- Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности производит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний.

Искусственное прерывание беременности

- Искусственное прерывание беременности не проводится при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы.
- Может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода.

Искусственное прерывание беременности

- При медикаментозном методе используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории РФ, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.
- При использовании хирургического метода рекомендуется вакуумная аспирация.

Искусственное прерывание беременности

- Медикаментозное прерывание подразумевает наблюдение не менее 1,5-2ч после приема препаратов.
- Прерывание хирургическим методом проводится в условиях дневных стационаров и в стационаре. Продолжительность наблюдения в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания определяется индивидуально, но не менее 4ч.

В стационарных условиях:

- ✓ ОАГА (рубец на матке, внематочная беременность, миома матки, хронические воспалительные заболевания с частыми обострениями, аномалии развития половых органов и другой гинекологической патологией,
- ✓ при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний

**Искусственное прерывание
беременности**

Подготовка шейки матки проводится:

- ✓ у первобеременных во всех сроках
- ✓ у повторно беременных после 8 нед
- ✓ при наличии аномалий шейки матки (врожденных или приобретенных в результате оперативных вмешательств или травм)

**Искусственное прерывание
беременности**

Искусственное прерывание беременности по соц.показаниям

- Постановление Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».
- Комиссия: руководитель медицинской организации, врач-акушер-гинеколог, юрист, специалист по социальной работе.
- При наличии документов подтверждающих.

Искусственное прерывание беременности по соц.показаниям

- Ранее: изнасилование, наличие у женщины решения суда о лишении или об ограничении родительских прав, пребывание женщины в местах лишения свободы, наличие инвалидности I-II гр у мужа или смерть мужа во время беременности, следствие связи с близкими родственниками.

Искусственное прерывание беременности по мед.показаниям

- Перечень показаний утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. № 736 с изменениями, внесенными приказом от 27 декабря 2011 г. № 1661н.

Обследование:

- ✓ группа крови и резус-принадлежность
- ✓ микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов
- ✓ УЗИ матки и придатков, ЭКГ

**Искусственное прерывание
беременности до 12нед**

Обследование:

- ✓ РАК, ОАМ, б/х, коагулограмма
- ✓ определение АТ к ВИЧ-1 и ВИЧ-2, вирусного гепатита В и С, к бледной трепонеме
- ✓ группа крови и резус-принадлежность
- ✓ микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов
- ✓ УЗИ матки и придатков, ЭКГ
- ✓ прием врача-терапевта
- ✓ по показаниям проводятся консультации смежных врачей-специалистов.

**Искусственное прерывание
беременности после 12 нед**

- При сроке до 22нед проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля.
- С 22нед проводится только в условиях акушерского стационара.

Искусственное прерывание беременности

- Для прерывания беременности сроком более 12нед рекомендуется как хирургический, так и медикаментозные методы.
- Перед хирургическим абортом при сроке беременности более 12нед всем проводится подготовка шейки матки.
- Хирургический аборт во II триместре рекомендуется проводить под контролем УЗИ.

Искусственное прерывание беременности

Искусственное прерывание беременности

- Всем женщинам, которым выполняется хирургический аборт, проводится антибиотикопрофилактика, при медикаментозном прерывании в случае высокого риска воспалительных заболеваний.
- При прерывании беременности в 22 нед и более при наличии ВПР, несовместимых с жизнью, перед искусственным прерыванием беременности проводится интракардиальное введение хлорида калия или дигоксина.

Искусственное прерывание беременности

- Выполняется с обязательным обезболиванием.
- При Rh «-» принадлежности независимо от метода прерывания беременности проводится иммунизация Ig антиRho (Д) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата.

Искусственное прерывание беременности

- Обязательно проводится консультирование.
- После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр при отсутствии жалоб проводится через 9-15дн.

Приложение 28. Правила организации деятельности отделения сестринского ухода для беременных женщин

Отделение оказывает медицинскую помощь в стационарных условиях проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в ОПБ, но нуждающихся в медицинском наблюдении для **предотвращения** развития возможных осложнений.

- до 18 и старше 35 лет
- невынашивание, бесплодие
- случаи ВПР, перинатальной смертности
- пузырный занос
- рубец на матке
- преэклампсия, эклампсия в прежнюю бер-ть
- воздействие тератогенных препаратов
- рождение детей с $>$ или $<$ массой тела
- кровотечение в малые сроки беременности



ОАА – когда?

Обследование (амбулаторное)

- нет цитологического исследования маз
- измерение размеров таза в каждом триместре
- после 32нед определение положения, предлежания, КТГ после 33нед
- бак.посев мочи после 14нед однократно
- ВИЧ в каждом триместре
- Ig M, G краснуха, токсоплазма



Обследование (стационар)



- Ig M, G краснуха, токсоплазма + ЦМВИ (II триместр), в III - нет
- Исследование в зеркалах обязательно в I, по показаниям – II, нет в III
- Если не было амбулаторного исследования бак.посев мочи

Обследование на ИППП

- Воспалительные заболевания мочеполового тракта (клинико-лабораторные признаки)
- ОАА, планирование беременности
- Осложненное течение беременности
- Наличие подтвержденной инфекции у партнера



Лечение на ИППП



- После 12нед при наличии клинических проявлений
- + профилактический курс в 36-37нед
- Контроль излеченности через 3-4нед (ПЦР)

Спасибо за внимание!

