

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ
15.07.2011 N 417

**Про організацію амбулаторної
акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні**

(Із змінами, внесеними згідно з Наказами
Міністерства охорони здоров'я
N 7 від 09.01.2014
N 59 від 21.01.2014
N 236 від 02.04.2014
N 353 від 13.04.2016)

На виконання Указу Президента України від 27.04.2011 N 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 консилиумів. 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 N 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 N 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 N 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

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
15.07.2011 N 417

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 - ФАПх), центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік.

На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАПх, 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 плоду, загострення естрагенітальної 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 плоду. 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, вказані 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 N 111/о](#) та Обмінна карта - [форма N 113/о](#)), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітної 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 плоду вродженої/спадкової патології (додаток 6) підлягають направленню на медико-генетичне консультування.

2.6. Вагітні, які не входять до групи високого ризику виникнення у плоду 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 плоду хромосомної та деякої вродженої патології.

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

2.8. Ультразвукове дослідження плоду 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. N 455 "Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян", та від 18.03.2002 р. N 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 акушера-гінеколога 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 ФАПах, 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 дільничної 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 ІПСШ.

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 - ІПСШ) 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, збір 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 75 мг аспірину
Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію	D	додаток N 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)	A	Лікар надає інформацію жінці щодо доцільності одночасного проведення першого УЗД (11 тиж. + 1 день. - 13 тиж. + 6 днів) і подвійного біохімічного тесту (вільний-ХГЧ, РАРР А) і розрахунку ризику наявності у плоду хромосомної і деякої розповсюдженої вродженої патології. Дослідження виконують за згодою жінки (додаток 8)
Призначення лабораторного обстеження:		
- Загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка	A	
- Посів сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію)	A	При виявленні призначається антибіотикотерапія
- Група крові та резус-фактор	A	
- наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh-позитивній у батька майбутньої дитини)	B	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	A	
- Серологічне обстеження на сифіліс (перше)	B	
- Тест на ВІЛ-інфекцію (перший)	A	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 10000 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 плоду	D	
статевого життя протягом вагітності	B	Доцільне використання презервативу
фізичні вправи, включаючи такі, що зміцнюють м'язи тазового дна	A	
необхідності відвідування школи відповідального батьківства протягом вагітності, бажано з партнером	A	
можливих загрозливих симптомів під час вагітності	A	додаток 16
Скерування вагітної до дільничного терапевта за "Випискою з амбулаторної карти" ¹	B	додаток 4
Заповнення вагітною інформованої згоди	B	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 плоду)	A	У випадку, коли результат УЗД є сумнівним або таким, який виявив будь-яку структурну аномалію плоду, лікар УЗД негайно скерує 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-й 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 плоду	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 перебігу 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 телефонів, куди можна негайно звернутись за медичною допомогою	D	
Призначення анти-резус імуноглобуліну	B	У 28 - 32 тижні вагітності жінкам з резус-негативною приналежністю 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 плоду	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 плоду	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 плоду	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 плоду	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 плоду 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 (А)
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 плоду	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 (А)
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної	D	додаток 15

Не потрібно проводити скринінг на патогенний стафілокок усіх вагітних (А)

Директор Департаменту охорони материнства,
дитинства та санаторного забезпечення С.І. Осташко

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
15.07.2011 N 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, ацетону 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.

4.13. 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 N 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 ПСШ/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 плоду, визначення положення плоду в матці, оцінка стану плоду (аускультатія 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 N 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 ППСШ.

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 консультування 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 N 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;

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

5.7. Навчання жінок самообстеженню молочних залоз;

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

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

5.10. 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 N 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 N 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. Лікаря 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 N 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
15.07.2011 N 417

**Примірне положення
про мамологічний кабінет
лікувально-профілактичного закладу**

1. Мамологічний кабінет організується в складі поліклінік (поліклінічних відділень) міських, центральних, районних лікарень, жіночих консультацій 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 гінекологічній 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. N 030-6/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 за давних випадків злоякісних новоутворень на протиракових комісіях. Протоколи розбору за давних 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 N 33).

Директор Департаменту охорони материнства,
дитинства та санаторного забезпечення С.І. Осташко

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
15.07.2011 N 417

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 небажаної 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

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
15.07.2011 N 417

**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 лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації призначається головним лікарем згідно з існуючим законодавством.
3. Лікар акушера-гінеколога в своїй роботі безпосередньо підпорядковується завідувачу жіночою консультацією та головному лікарю.
4. В своїй діяльності лікар акушера-гінеколога керується цим положенням, законодавчими, нормативними документами органів охорони здоров'я, посадовою інструкцією.
5. Лікарю акушера-гінеколога 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 акушера-гінеколога 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.
 - 8.2. Вносити пропозиції щодо поліпшення якості роботи.
 - 8.3. Подавати завідувачу жіночою консультацією пропозиції про накладення стягнень або заохочення на осіб, підлеглих лікарю.

8.4. 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

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
15.07.2011 N 417

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 N 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.
 - 6.7. 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 послідуочим 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

(Примірна посадова інструкція акушерки
оглядового кабінету не наводиться)

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 N 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	Індивідуальна 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	Індивідуальна 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	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, 111/о, Ф. 21
7	Охоплення вагітних обстеженням на	99,0 - 99,5%	Кількість вагітних, що пройшли обстеженням на / загальну кількість	Індивідуальна карта вагітної і

	HBsAg		жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	породіллі, Ф. 111/о, Ф. 21
8	Частота антенатальної загибелі плоду	5,4 на 1000 вагітних і менше	Кількість вагітних, у яких відбулася антенатальна загибель плоду у терміні вагітності 22 тижні і більше / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 1000	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, 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:		Кількість виявлених жінок з окремими онкозахворюваннями в I - II стадіях / загальну кількість вперше зареєстрованих хворих з окремими онкозахворюваннями X 100	Ф. 35 зд.
	- рак молочної залози	80,0 - 90,0%		
	- рак шийки матки	75,0 - 90,0%		
	- рак тіла матки	75,0 - 85,0%		
	- рак яєчників	40,0 - 55,0%		
11	Летальність до 1 року:		Кількість померлих жінок упродовж одного року після виявлення онкозахворювання / кількість жінок з вперше виявленим онкозахворюванням у попередньому році X 100	Ф. 35 зд.
	- рак молочної залози	8,0% і менше		
	- рак шийки матки	12,0% і менше		
	- рак тіла матки	8,0% і менше		
	- рак яєчників	20,0% і менше		

Директор Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення С.І. Осташко

Додаток 1

Рекомендації лікаря загальної практики - сімейної медицини

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

- анемія вагітних середнього та тяжкого ступеня (гемоглобін менше 90 г/л);
- загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень із статевих шляхів;
- загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування;
- затримка росту плоду (без порушення функціонального стану плоду);
- 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'янисті 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 водянисті) або кров'янисті виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плоду 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 плоду 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 плоду (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)

Стани, які вимагають невідкладної консультації
акушера-гінеколога у iii 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 плоду 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 плоду 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 плоду (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 госпіталізації

- 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 x 10⁹/л);
- будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій.

**Анкета вагітної
(заповнюється вагітною при першому зверненні)**

Дата: _____ П.І.П.: _____
 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/криохірургія 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			
Природний			
Депо Провера			

Підпис _____

Додаток № 3

Заява

З **Додатком № 3** можна ознайомитись: розділ "Довідники", підрозділ "Додатки до документів", папка "Накази".

Додаток 4

Виписка з амбулаторної карти

З **Додатком № 4** можна ознайомитись: розділ "Довідники", підрозділ "Додатки до документів", папка "Накази".

Додаток 5

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 - I08	Вади мітрального, аортального, тристулкового клапанів
I34 - I36	Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба
I10 - I13	Вторинна гіпертензія
I25	Хронічна ішемічна хвороба серця
I27.0	Ідіопатична легенева гіпертензія
I27.1	Кіфосколиотична 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	Вузликосий 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.

Додаток 6

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 у 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 плоду, 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.

Додаток 7

Пренатальний консиліум

З [Додатком № 7](#) можна ознайомитись: розділ "Довідники", підрозділ "Додатки до документів", папка "Накази".

Додаток 8

**Протокол
ультразвукового обстеження вагітних**

З **Додатком № 8** можна ознайомитись: розділ "Довідники", підрозділ "Додатки до документів", папка "Накази".

Додаток 9

**Протокол
ультразвукового обстеження вагітних**

З **Додатком № 9** можна ознайомитись: розділ "Довідники", підрозділ "Додатки до документів", папка "Накази".

Додаток 10

"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 рушників

- 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. Тематику 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 плоду
- 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

Додаток 11

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)

Додаток 13

**Скринінг
на гестаційний діабет**

(У тексті додатка 13 слова "нормативи глікемії при проведенні ПТТГ (ВООЗ, 1999): натще <5,5 ммоль/л (100 мг/дл), через дві години після навантаження <7,8 ммоль/л (140 мг/дл)" замінено словами "нормативи глікемії при проведенні ПТТГ: натще <5,1 ммоль/л, через дві години після навантаження <8,5 ммоль/л" згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 7 від 09.01.2014)

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: натще <5,1 ммоль/л, через дві години після навантаження <8,5 ммоль/л. 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. N 582).

(Додаток 13 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 7 від 09.01.2014)

Додаток 14

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА N 08410 Затверджена наказом МОЗ України 27 грудня 1999 р. N 302
Лікарський висновок про переведення вагітної на іншу роботу		
Прізвище, ім'я, по батькові		
Місце роботи і посада		
Вагітність тижнів		
Підстава для переведу		
Рекомендована робота		
Прізвище, ім'я, по батькові лікаря		
Підпис		
Дата видачі: "___" _____ р.		
Перевод здійснений		
Посада керівника		
Підпис		
Дата "___" _____ р.		
Узгоджено Голова профкому		
Підпис _____		

Додаток 15

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?

- П.І.П., 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.

Додаток 16

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

- Кровотеча з піхви
- Зміна характеру рухів плоду
- 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

Додаток N 17

Гравідограма

З [Додатком № 17](#) можна ознайомитись: розділ "Довідники", підрозділ "Додатки до документів", папка "Накази".

Додаток 18

Перелік

показань до направлення вагітних та пацієнок з акушерсько-гінекологічною патологією у денні стаціонари амбулаторно-поліклінічних закладів

- I. 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 плоду (проведення КТГ, біофізичного профілю плоду, 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.

Додаток 19

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.

- 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 плоду.

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

- Полівітамінні та мінерали (поєднання вітаміну А, рибофлавіну, цинку, магнію, кальцію, йоду) - перед заплідненням та в ранні строки вагітності попереджує виникнення вад розвитку у плоду 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

Додаток 20

Рекомендації щодо поведінки під час вагітності

Захід	Обґрунтування застосування
I. Здоровий спосіб життя	Народження здорової дитини
1.1. Повна відмова від тютюнопаління під час вагітності та грудного вигодовування 1.2. Відмова від тютюнопаління у дитячій кімнаті	Негативний вплив нікотину та монооксиду вуглероду: - 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 плоду (на 127 - 274 г) - Відмова від тютюнопаління у 1 триместрі знижує ризик розвитку синдрому затримки росту плоду - Зростання частоти мертвонароджень - Передлежання плаценти - Зменшення продукції материнського молока - Зниження темпів росту дитини - Ризик виникнення синдрому раптової малюкової смертності
2. Абсолютна відмова від вживання алкоголю (особливо перед зачаттям та 1 триместрі вагітності) 2.1. Вживання алкоголю у дозі 0,5 г/кг в день має негативний вплив на розвиток дитини	Алкоголь проникає у кров плоду та виділяється з грудним молоком. Негативна дія алкоголю проявляється: - Зростання частоти переривання вагітності - самовільних викиднів та передчасних пологів - Відшаруванням плаценти - Мертвонародженням - Розвитком алкогольного синдрому плоду, який має наступні ознаки: - затримка росту плоду та новонародженого - мікроцефалія - дефекти розвитку очей - вади розвитку обличчя - патологія суглобів - затримка розумового розвитку дитини
3. Відмова від вживання наркотичних речовин під час вагітності	Негативна дія наркотичних речовин проявляється: - Зростання частоти переривання вагітності - самовільних викиднів та передчасних пологів - Відшаруванням плаценти - Мертвонародженням - Розвитком абстинентного синдрому плоду - Підвищеним ризиком інфікування ВІЛ-інфекцією, гепатитом С.
4. Зловживання кофеїном, який міститься у каві, чаї, напоях типу кока-коли	Проникає через плаценту та виділяється з грудним молоком Надмірне вживання кофеїну під час вагітності проявляється: - Зростання частоти переривання вагітності - самовільних викиднів та передчасних пологів - Низькою масою тіла при народженні Надмірне вживання кофеїну під час лактації проявляється: - Підвищеним збудженням та роздратованістю дитини - Порушенням сну - Зниженням вмісту заліза у молоці та організмі дитини
5. Відпочинок та фізичне навантаження: 5.1. Уникати перевтоми 5.2. Не рекомендується фізичне навантаження з підніманням важких предметів 5.3. У разі	Негативний вплив може проявитись: - Перериванням вагітності - Відшаруванням плаценти - Мертвонародженням - Травматизацією жінки та плоду

<p>відсутності акушерських ускладнень не протипоказані фізичні вправи та заняття типу аеробіки</p>			
<p>II. Раціональне харчування Дотримання 12 принципів раціонального харчування ВОЗ Піраміда здорового харчування (Додаток)</p> <p>1. Здорове харчування має бути різноманітним та помірним 2. Хліб, круп'яні та макаронні вироби, рис, картоплю рекомендується їсти декілька раз на день 3. Різноманітні овочі та фрукти рекомендується їсти декілька раз на день (більше 500 г/день). Співвідношення овочів до фруктів - 2:1. 4. Щоденно вживати молоко та молочні продукти з низьким вмістом жиру (1,5 - 2,5% жирності): кефір, кисле молоко, сир, йогурт 5. Вживати нежирні сорти м'яса та м'ясних продуктів, птицю, рибу, яйця та бобові продукти 6. Обмежити вживання "видимих" жирів у кашах, на бутербродах, вживати не жирні сорти м'яса та молочних продуктів. 7. Обмежити вживання цукру, кондитерських виробів, десертів. 8. Загальне вживання солі повинно не перевищувати 1 чайну ложку (6 г) на день. Рекомендується вживати йодовану сіль. 9. У разі вживання спиртних напоїв, загальна кількість спирту у них не повинна перевищувати 20 г чистого спирту на день. 10. Дотримуватись ідеального індексу маси тіла (норма 20 - 25). 11. Надавати перевагу приготуванню їжі паровим методом, відварюванню та приготуванню у мікрохвильовій пічці. Частота прийомів їжі - 3 основних та 2 проміжних, що знижує використання жиру, масла, солі та цукру 12. Дотримуватись грудного вигодовування протягом перших 6 місяців, яке може бути продовжено до 2 років. Корисні для вагітної джерела фолієвої кислоти:</p>	<p>За допомогою харчування ми задовольняємо потреби та витрати організму в енергії Середні витрати організму вагітної жінки зростають на 200 - 300 ккал в день (у 2 - 3 триместрі) і складають 2200 - 2300 ккал. Рекомендована прибавка маси тіла під час вагітності:</p>		
<p>Індекс маси тіла</p>	<p>Показник</p>	<p>Вага</p>	
<p>Низький</p>	<p>< 19,8</p>	<p>12,5 - 18,0</p>	
<p>Нормальний</p>	<p>19,9 - 26,0</p>	<p>11,5 - 16,0</p>	
<p>Надмірний</p>	<p>26,1 - 29,0</p>	<p>7,0 - 11,5</p>	
<p>Ожиріння</p>	<p>> 29,0</p>	<p>=> 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 плоду - 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 			

<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</p> <p>300 мг кальцію покриває потреби плоду та вимоги лактації.</p> <p>Продукти з високим вмістом клітковини погіршують засвоєння кальцію.</p> <p>Джерела кальцію - молоко 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>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 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 гіпотиреозидизму - 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"> - Гіпотиреозидизм плоду, кретинізм - Викидні, мертвонародження - Низька маса тіла при народженні - Висока перинатальна та дитяча смертність - Зоб та гіпотиреозидизм матері

<p>Вітамін Д Під час вагітності та лактації рекомендована потреба 10 мкг або 400 МО вітаміну Д. 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 Біля 5 - 20% заліза, яке вживається з їжею, засвоюється. Залізо входить до складу гему (червоний пігменту риб та тварин) - засвоюється на 20 - 30%. "Негемоване" залізо, яке міститься у рослинних продуктах, молоці, яйцях, засвоюється гірше - 2 - 7%. Вітамін С, тваринний білок та деякі органічні кислоти покращують засвоєння "негемованого" заліза. Жінки з достатніми запасами заліза в організмі не потребують додаткового призначення заліза. Спірні дані відносно призначення препаратів заліза всім вагітним (30 мг на день). Потреба у залізі під час лактації не перевищує таку під час вагітності. Вміст заліза у грудному молоці не залежить від вмісту заліза у раціоні матері.</p>	<p>Добавки заліза та фолатів після першого триместру не мають суттєвого впливу на перебіг вагітності, пологів та стан плоду. Якщо є ознаки істинного дефіциту заліза, показана терапія препаратами заліза. Але результати клінічного дослідження свідчать, що рутинне призначення препаратів заліза призвело до підвищення перинатальної смертності та збільшення частоти ускладнень внаслідок прийому цих препаратів.</p>
<p>Полівітаміни Адекватне харчування під час вагітності та лактації забезпечує надходження до організму достатньої кількості вітамінів та поживних речовин. Внаслідок існування суперечливих думок, необмежене вживання полівітамінів під час вагітності не рекомендується, якщо не доведена їх очевидна необхідність. Деякі вітаміни, як А, Д, В12, можуть накопичуватись в організмі та стати токсичними у великих дозах.</p>	<p>Несприятливий вплив прийому полівітамінівних добавок: - Необґрунтовані витрати - Тривала залежність - Погане засвоєння - Токсичність - Дисбаланс поживних речовин</p>
<p>Поживні речовини у грудному молоці Група 1 - залежать від харчування матері: йод, селен, вітаміни В1, В6, В12, А. Група 2 - не залежать від харчування - білок, кальцій, залізо. 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. 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
- Прееклампсія при вагітності у матері вагітної

Шкала рівнів доказовості досліджень, що склали основу клінічних рекомендацій:

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

D (V) - 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 (IV) не проводилися з етичних або інших причин.

Затверджено
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
15.07.2011 N 417

Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю "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 варикознорозширених вен; аускультация ЧСС плоду (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 b-ХГ); II триместру у терміні 16 - 20 тижнів (АФП + вільний b-ХГ (double-test), або (АФП + вільний b-ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плоду (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.
13. Огляд терапевта.
14. 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 - допологова допомога

I. Спостереження за перебігом нормальної вагітності

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
Спостереження за перебігом нормальної вагітності. Спостереження за перебігом нормальної першої вагітності. Спостереження за перебігом іншої нормальної вагітності. Спостереження за перебігом іншої нормальної вагітності, неуточненої.	Z 34 Z 34.0 Z 34.8 Z 34.9	Рекомендований графік візитів 1 - бажано до 12 тижнів 2 - не пізніше 2-х тижнів після першого вагітності після проходження другого УЗД 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 Перший візит 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 артеріального тиску	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі випадки народження плодів/дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня.	1. Ускладнення перебігу вагітності 2. Під час 8 візиту вагітна інформується про необхідність 9 візиту і госпіталізації в стаціонар у 41 тиждень. При відмові від госпіталізації проводиться сумісний огляд вагітної з завідуючим жіночою консультацією чи іншим лікарем. У разі повторної відмови від госпіталізації пропонується посилений антенатальний моніторинг - КТГ 2 рази на тиждень, УЗД рівня амніотичної рідини	1. Відсутність ускладнень перебігу вагітності. 2. Відсутність перинатальних ускладнень.	1. Протягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції

	<p>(на одній руці), пульту (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ.</p> <p>3. Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження).</p> <p>4. Мазок на цитологічне дослідження.</p> <p>5. Мазок на флору (за показаннями: при наявності скарг та клінічних проявів).</p> <p>6. Лабораторні обстеження: загальний аналіз сечі (включаючи тест на наявність білку); посів сечі (виявлення безсимптомної бактеріурії); група крові та резул- належність; загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту;</p> <p>7. Серологічне обстеження на сифіліс (перше).</p> <p>8. Тест на ВІЛ- інфекцію (перший).</p> <p>9. Тест на наявність HbsAg.</p> <p>Якщо результат тесту позитивний - повторне обстеження не призначається.</p> <p>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.</p> <p>У разі першого звернення вагітної</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>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 N 716 "Попередження 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.</p> <p>Інформація про доцільність визначення біохімічних маркерів в сироватці крові (РАРР-А, вільний b-ХГ) в терміні вагітності від 11 тиж. + 1 день - 13 тижнів + 6 днів вагітності з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плоду.</p> <p>Друге - в терміні вагітності 18 - 21 тиждень.</p> <p>Інформація про доцільність проведення біохімічного скринінгу II триместру у терміні 16 - 20 тиж. (АФП + вільний b-ХГ (double-test), або АФП + вільний b-ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>деякої вродженої патології плоду.</p> <p>- У випадку сумнівного результату УЗД або виявлення будь-які структурні аномалії плоду - негайне скерування вагітної до медико-генетичного центру для вирішення питання про проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>- Вагітним жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП.</p> <p>Під час кожного візиту: Вимірювання АТ, пульсу, температури тіла, висоти стояння дна матки із занесенням даних до гравідограми; 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 варикознорозширених вен; аускультация ЧСС плоду; 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> <p>- Загальний аналіз</p>				
--	--	--	--	--	--

	крові з визначенням кількості тромбоцитів - Серологічне обстеження на сифіліс (друге).				
	З 30 тижнів вагітності під час кожного візиту: Огляд та пальпація молочних залоз; вимірювання висоти стояння дна матки. занесення даних до гравідограми; вимірювання АТ, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен; аускультация ЧСС плоду. Лабораторні обстеження: - кров на антитіла при Rh негативній належності крові (окрім жінок, яким було введено антирезус імуноглобулін) - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	Призначається в 28 - 32 тижні введення антирезус імуноглобулін у усім вагітним з негативним резус-фактором при відсутності у них антитіл, у яких чоловік має позитивний резус фактор			

**II. Ускладнення під час вагітності
гестози вагітних**

Попередня гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня есенціальна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня кардіоваскулярна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та	О 10.0 О 10.1 О 10.2 О 10.3 О 10.4 О 10.9 О 11	1. Вимірювання АТ 2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності 3. Огляд окуліста (при постановці на огляд, у 28 і 36 тиж.) 4. ЕКГ (при постановці на огляд, у 28 - 30 тиж., після 36 тиж.) 5. Коагулограма	Згідно Клінічного протоколу "Гіпертензивні розлади під час вагітності" (Наказ N 676 від 31.12.2004)	1. До 12 тиж. для вирішення питання про можливість виношування вагітності. 2. Неконтрольована тяжка гіпертензія 3. Приєднання прееклампсії. 4. Екстрагенітальні ускладнення гіпертензії 3. Виникнення акушерських ускладнень.	1. Попередження еклампсії 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції
--	--	---	---	---	--	---

<p>післяпологовий період. Попередня ниркова гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня кардіоваскулярна та ниркова гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня вторинна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня неуточнена гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня гіпертензія з протеїнурією, яка приєдналася.</p>						
<p>Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк та протеїнурія без гіпертензії. Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк.</p>	<p>О 12 О 12.0</p>	<p>1. Вимірювання АТ, контроль прибавки маси тіла 2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності 3. Огляд окуліста 4. Аналіз крові, тромбоцити, гематокрит. 5. Коагулограма.</p>	<p>Дієтотерапія.</p>	<p>1. Приєднання преєклампсії. 2. Виникнення акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Відсутність загрозливих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді. 2. Народження живої дитини</p>	<p>1. Протягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції</p>
<p>Гестаційна (зумовлена вагітністю)</p>	<p>О 12.1 О</p>	<p>1. Вимірювання АТ, контроль</p>	<p>Згідно Клінічного протоколу</p>	<p>1. Приєднання преєклампсії. 2.</p>	<p>1. Відсутність загрозливих ускладнень в</p>	<p>1. Протягом післяпологового періоду.</p>

протеїнурія. Гестаційні (зумовлені вагітністю) набряк та протеїнурія. Гестаційна (зумовлена вагітністю) гіпертензія без значної протеїнурії	12.2 О 13	прибавки маси тіла 2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності 3. Огляд окуліста 4. Аналіз крові, тромбоцити, гематокрит. 5. Коагулограма.	"Гіпертензивні розлади під час вагітності" (Наказ N 676 від 31.12.2004)	Екстрагенітальні ускладнення гіпертензії 3. Виникнення акушерських ускладнень.	пологах та післяпологовому періоді. 2. Народження живої дитини	2. Консультування з питань контрацепції
Гестаційна (зумовлена вагітністю) гіпертензія зі значною протеїнурією. Прееклампсія середньої тяжкості.	О 14 О 14.0	Вимірювання АТ	Ургентне скерування в акушерський стаціонар.	Наявність вказаної патології.	1. Відсутність загрозливих ускладнень в пологах та післяпологовому періоді. 2. Народження живої дитини	1. Протягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції
Тяжка прееклампсія. Прееклампсія неуточнена. Еклампсія. Еклампсія під час вагітності. Еклампсія під час пологів. Еклампсія в післяпологовому періоді. Еклампсія неуточнена щодо проміжку часу (еклампсія БДВ) 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 вказаної патології.	1. Відсутність загрозливих для життя матері ускладнень в пологах та післяпологовому періоді.	1. Закінчення післяпологового періоду 2. Консультування з питань контрацепції

Кровотеча в ранні терміни 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	Госпіталізація в гінекологічний стаціонар.	1. Кровотеча. 2. Больовий синдром.	1. Прогресування вагітності.	Протягом вагітності

		обстеження 2. УЗД органів малого таза. 3. Подальше обстеження в умовах стаціонару.				
Кровотеча в ранні терміни вагітності, неуточнена.	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 вагітності

Венозні ускладнення під час вагітності. Виключено: - акушерську легеневу емболію (О 88) - перелічені стани як ускладнення: - аборту, позаматкової або молярної вагітності (О 00 - О 007, О 08.7) - пологів та післяпологового періоду (О87).	О 22					
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок під час вагітності.	О 22.0	1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга.	1. Лікувальне бинтування нижніх кінцівок. 2. Венотоніки.	1. Тромбофлебіт. 2. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень	Протягом вагітності та післяпологового періоду
Варикозне розширення вен статевих органів під час вагітності: - Промежини - Піхви - Вульви Інші венозні ускладнення під час вагітності Венозне ускладнення під час вагітності (не уточнене)	О 22.1 О 22.8 О 22.9	1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга.	1. Лікувальне бинтування нижніх кінцівок. 2. Венотоніки.	1. Тромбофлебіт. 2. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень	Протягом вагітності та післяпологового періоду

Поверхневий тромбофлебіт під час вагітності. Тромбофлебіт нижніх кінцівок під час вагітності.	О 22.2	1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга.	Госпіталізація в профільний стаціонар.	1. Наявність зазначеної патології. 2. Ускладнення перебігу вагітності	Відсутність прогресування процесу	Протягом вагітності та післяпологового періоду
Глибокий флеботромбоз під час вагітності. Тромбоз глибоких вен допологовий.	О 22.3	Невідкладна госпіталізація в стаціонар.	Невідкладна госпіталізація у профільний стаціонар	Наявність зазначеної патології.	1. Відсутність прогресування процесу. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень	Протягом вагітності та післяпологового періоду
Геморой під час вагітності.	О 22.4	Консультація та призначення проктолога.	1. Рекомендації з раціонального харчування. 2. Призначення проктолога.	1. Кровотеча з гемороїдальних вузлів. 2. Больовий синдром. 3. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Тромбоз церебральних вен під час вагітності. Тромбоз церебровенозного синуса під час вагітності.	О 22.5	Консультація невропатолога та нейрохірурга	Невідкладна госпіталізація у профільний стаціонар.	Наявність зазначеної патології.	1. Відсутність прогресування процесу 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду 2. Консультування з питань контрацепції

Аномальні продукти запліднення та аборти

Позаматкова вагітність. Черевна вагітність. Трубна вагітність. Вагітність у матковій трубі. Розрив (маткової) труби внаслідок вагітності. Трубний аборт. Яєчникова вагітність. Інші форми позаматкової вагітності. Вагітність: - шийкова - в розі матки - внутрішньов'язкова - стінкова. Позаматкова вагітність, неуточнена.	О 00 00.0 О 00.1 О 00.2 О 00.8 О 00.9	1. Тест на вагітність. 2. Дослідження рівня ХГЛ в крові. 3. УЗД органів малого таза.	Невідкладна госпіталізація в стаціонар.	Підозра на позаматкову вагітність.	Відсутність післяопераційних ускладнень.	1. Реабілітація репродуктивної функції. 2. Консультування з питань контрацепції 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Пухирний занос.	О	1. Бімануальне	1.	1. Підозра на	1. Відсутність	1. Протягом 1

Пухирний класичний занос (повний). Пухирний неповний та частковий занос. Пухирний занос, неуточнений. Трофобластична хвороба БДВ. Пухирний занос БДВ.	01 O 01.0 O 01.1 O 01.9	гінекологічне обстеження 2. Визначення рівня ХГЛ в крові. 3. УЗД органів малого таза.	Стационарне лікування.	пухирний занос. 2. Кровотечі у I - II триместрі вагітності. 3. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 4. Кровомазання протягом 1 місяця після евакуації пухирного заносу 5. Відсутність зниження рівня ХГЛ у крові.	післяопераційних ускладнень та змін при гінекологічному огляді	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.
Інші анормальні продукти запліднення. Загибле плідне яйце та непухирний занос. Занос: - м'ясистий - внутрішньоматковий БДВ. Патологічне плідне яйце. Викидень, що не відбувся Рання загибель плоду з затримкою мертвого плоду у матці Інші уточнені анормальні продукти зачаття. Анормальний продукт зачаття, неуточнений.	O 02 O 02.0 O 02.1 O 02.8 O 02.9	1. Бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза.	1. Стационарне лікування.	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.	1. Відсутність післяопераційних ускладнень та змін при гінекологічному огляді і УЗД.	1. Протягом 6 місяців 2. Медико-генетичне консультування. 3. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 4. Консультування з питань контрацепції
Спонтанний аборт. Неповний аборт, ускладнений інфекцією статевих шляхів. Неповний аборт, ускладнений тривалою або надмірною кровотечею. Неповний аборт, ускладнений емболією. Неповний аборт з	O 03 O 03.0 O 03.1 O 03.2 O 03.3 O 03.4 O 03.5	1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза.	Стационарне лікування.	1. Клінічні прояви переривання вагітності	Відсутність післяабортних та післяопераційних ускладнень.	1. Протягом 6 місяців 2. Медико-генетичне консультування. 3. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 4. Консультування

іншими та неуточненими ускладненнями. Неповний аборт без ускладнень. Повний або неуточнений аборт, ускладнений інфекцією. Повний або неуточнений аборт, ускладнений тривалою чи надмірною кровотечею. Повний або неуточнений аборт, ускладнений емболією. Повний або неуточнений аборт з іншими чи неуточненими ускладненнями. Повний або неуточнений аборт, без ускладнень.	О 03.6 О 03.7 О 03.8 О 03.9					я з питань контрацепції
Медичний аборт.	О 04	1. Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви та цервікального каналу. 2. Кров на RW та ВІЛ. 4. Визначення групи крові та резус-належності.	Згідно клінічного протоколу "Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності" наказ N від 28.01.2011	1. Для здійснення абортів.	1. Відсутність ускладнень. 2. Адекватна контрацепція.	Консультування з питань контрацепції.
Інші види абортів. Аборт неуточнений.	О 05 О 06	1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза	1. Стационарне лікування.	1. Кровотечі у I - II триместрі вагітності. 2. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 3. Інші клінічні прояви абортів.	Відсутність післяопераційних ускладнень.	1. Медико-генетичне консультування. 2. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 3. Консультування з питань контрацепції
Невдала спроба абортів.	О 07	1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів	1. Стационарне лікування.	Клінічні прояви захворювання.	Відсутність подальших ускладнень.	Консультування з питань контрацепції

		малого таза.				
--	--	--------------	--	--	--	--

Багатоплідна вагітність та неправильні положення плоду

Багатоплідна вагітність, включно ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності. Вагітність двійнею. Вагітність трійнею. Чотириплідна вагітність. Інші форми багатоплідної вагітності. Багатоплідна вагітність неуточнена. Ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності. Зрошення близнят, що спричиняють диспропорцію розвитку таза та плоду. Неправильне передлежання одного, або більш ніж одного плоду.	О 30 О 30.0 О 30.1 О 30.2 О 30.8 О 30.9 О 31 О 33.7 О 32.5	Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності одноплідної вагітності	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. 2. При Rh-негативній крові вагітної і Rh-позитивній крові при відсутності Rh-антитіл введення анти-резус імуноглобуліну в 28 - 32 тижнів вагітності	Ускладнення перебігу вагітності.	1. Відсутність ускладнень пологів. 2. Відсутність перинатальних ускладнень.	Під час вагітності та післяпологового періоду. Консультування з питань контрацепції
Ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності. Паперовий плід. Вагітність, що триває після викидня одного, або декількох плодів. Вагітність, що триває після внутрішньоутробної загибелі одного, або більш, ніж одного плоду. Інші ускладнення, характерні для багатоплідної вагітності. Зрошення близнят, що спричиняють диспропорцію між тазом матері і плодами.	О 31 О 31.0 О 31.1 О 31.2 О 31.8		Госпіталізація і лікування в умовах акушерського стаціонару.	Ускладнення перебігу вагітності.	1. Відсутність ускладнень пологів та післяпологового періоду.	Під час вагітності та післяпологового періоду. Консультування з питань контрацепції

Аномалії кісткового таза та статевих органів

Допомога матері при відомих або	О 34 О	Згідно графіку візитів вагітної	Стаціонарне лікування у разі	1. Виникнення ускладнень	Відсутність перинатальної	Під час вагітності та
---------------------------------	-----------	---------------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------	-----------------------

передбачуваних аномаліях органів таза. Включно: стани, що є підставою для спостереження, госпіталізації чи іншої акушерської допомоги матері, а також для проведення кесарського розтину до початку пологів. Виключено: зазначені стани з ускладненими пологами (О 65.5) Природжені аномалії матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: подвійній матці дворогій матці	34.0	до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності одноплідної вагітності	виникнення акушерських та перинатальних ускладнень.	перебігу вагітності. 2. Для оперативного розродження у 38 - 39 тижнів вагітності	патології та акушерських ускладнень.	післяпологового періоду. Консультування з питань контрацепції
Пухлина тіла матки при якій мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при - поліпі тіла матки - матковому фіброїді.	О 34.1		Госпіталізація для стаціонарного лікування.	1. Виникнення ускладнень перебігу вагітності	Відсутність перинатальних та акушерських ускладнень.	Під час вагітності та післяпологового періоду.
Післяопераційний рубець матки, при якому мати потребує надання медичної допомоги.	О 34.2		Лікування в умовах акушерського стаціонару.	1. Загроза переривання вагітності. 2. Клінічні та УЗ-ознаки неспроможності рубця на матці. 3. Виникнення інших ускладнень вагітності 4. Для оперативного розродження	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Під час вагітності та післяпологового періоду.
Допомога матері при цервікальній недостатності.	О 34.3	1. Огляд у дзеркалах в динаміці з 12	Лікування в умовах акушерського	1. 14 - 15 тижнів вагітності - для	Відсутність акушерських та	Під час вагітності та післяпологового

Медична допомога матері при: - ушиванні шийки циркулярним швом, - шві за Широджаром (зі згадкою про цервікальну недостатність чи без неї)		тижнів вагітності 2. Трансвагінальне УЗД у 14 - 15 тижнів вагітності для діагностики ПЦН.	стаціонару.	дообстеження та хірургічного лікування. 2. 36 - 37 тижнів вагітності - для підготовки до розродження.	перинатальних ускладнень.	періоду.
Інші аномалії шийки матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога при: - поліпії шийки матки - попередній хірургічній операції на шийці матки, - стриктурі або стенозі шийки матки, - пухлині шийки матки.	О 34.4	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	1. Госпіталізація для стаціонарного лікування. 2. Раціональне розродження.	1. Виявлення пухлини шийки матки. 2. 37 - 38 тижнів вагітності - для розродження. 3. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Під час вагітності та післяпологового періоду.
Інші аномалії вагітної матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - защемленні вагітної матки - випадінні вагітної матки - ретроверсії вагітної матки.	О 34.5	1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне та акушерське обстеження 2. УЗД	Лікування в умовах акушерського стаціонару.	1. Защемлення або випадіння вагітної матки. 2. Ускладнення перебігу вагітності.	1. Збереження вагітності. 2. Відсутність перинатальних та акушерських ускладнень.	Під час вагітності та післяпологового періоду.
Аномалії піхви, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - попередній хірургічній операції на піхві, - перегородці піхви, - стриктурі піхви,	О 34.6 О 34.7 О 34.8 О 34.9	1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне та акушерське обстеження 2. УЗД	1. Лікування в умовах акушерського стаціонару.	1. Для дообстеження. 2. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Під час вагітності та післяпологового періоду.

<p>- пухлині піхви. Аномалії вульви та промежини, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - фіброзі 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. Аномалії тазових органів, при яких мати потребує медичної допомоги, неуточнені.</p>						
--	--	--	--	--	--	--

Патологія плаценти

<p>Патологічні стани плаценти: синдром плацентарної трансфузії; вади розвитку плаценти; інші порушення плаценти. Плацентарне порушення неуточнене.</p>	<p>О 43 О 43.0 О 43.1 О 43.8 О 43.9</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 плоду</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>
<p>Передлежання плаценти.</p>	<p>О 44 О</p>	<p>УЗД</p>	<p>1. Невідкладна госпіталізація.</p>	<p>Наявність патології.</p>	<p>Відсутність акушерських</p>	<p>Протягом вагітності та</p>

Передлежання плаценти, уточнене як без кровотечі. Передлежання плаценти з кровотечею.	44.0 О 44.1		2. Лікування в умовах акушерського стаціонару.		та перинатальних ускладнень.	післяпологового періоду.
Передчасне відшарування плаценти (відторгнення плаценти). Передчасне відшарування плаценти з порушенням згортання крові. Інше передчасне відшарування плаценти. Передчасне відшарування плаценти, неуточнене.	О 45 О 45.0 О 45.8 О 45.9	УЗД Акушерське обстеження	1. Невідкладна госпіталізація. 2. Лікування в умовах акушерського стаціонару.	Наявність патології.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

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. При відмові від госпіталізації проводиться сумісний огляд вагітної з завідуючим жіночою консультацією чи іншим лікарем. У разі повторної відмови від госпіталізації пропонується посилений антенатальний моніторинг - КТГ 2 рази на тиждень, УЗД рівня амніотичної рідини	1. Госпіталізація у 41 тиждень вагітності 2. Дистрес плоду.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
------------------------	---------	---	---	--	--	---

Недостатність харчування при вагітності

Недостатність	О 25	Акушерське	1. Інформація	Ускладнення	Відсутність	Протягом
---------------	------	------------	---------------	-------------	-------------	----------

харчування при вагітності		обстеження	про збалансоване харчування. 2. Вітамінотерапія 3. Санаторно-курортне лікування.	перебігу вагітності.	акушерських та перинатальних ускладнень.	вагітності та післяпологового періоду.
---------------------------	--	------------	--	----------------------	--	--

Спостереження за вагітністю з обтяженим акушерським та гінекологічним анамнезом

Спостереження за перебігом вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі.	Z 35.0	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 абортивним викиднем в анамнезі.	Z 35.1.	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 діторідним або акушерським анамнезом та з недостатньою допомогою в анамнезі. Вагітність: - замовчувана; - приховувана.	Z 35.2. Z 35.3	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	1. Ускладнення вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

			трубки - 800 мкг щодня.			
Спостереження за перебігом вагітності у жінки, що народжувала багато разів. Виключено: багатодітність за відсутності поточної вагітності.	Z 35.4	Індивідуальний план ведення вагітності.	1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня.	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 першородиллею похилого віку. Спостереження за першородиллею юного віку.	Z 35.5 Z 35.6	1. Індивідуальний план ведення вагітності. 2. Медико-генетичне консультування.	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.	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, неуточненим.	Z 35.7 Z 35.8 Z 35.9	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 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.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Консультування з питань планування сім'ї.

Ускладнення абортів

Інфекція статевих шляхів і тазових органів внаслідок	O 08.0	1. Гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза.	Негайне скерування в стаціонар. Подальше обстеження в	Симптоми гострого запального процесу тазових	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність патологічних змін при	1. Протягом 1 року. 2. Відсутність рецидивів. 3.
--	-----------	--	---	--	---	--

аборту, позаматкової та молярної вагітності.			умовах гінекологічного стаціонару.	органів.	гінекологічному, лабораторному та УЗ обстеженнях.	Консультування з питань планування сім'ї.
Інші венозні ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності. Інші ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності	О 08.7 О 08.8 О 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

Існуючий раніше цукровий діабет (ЦД), інсулінозалежний.	О 24.0	1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному у перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПП та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності).	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.	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	1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринолога
Існуючий раніше цукровий діабет, інсулінонезалежний.	О 24.1	1. Згідно графіку візитів вагітної до	1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного	1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для	1. Відсутність ускладнень цукрового	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.

		жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПП та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності).	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.	корекції тактики ведення вагітної 2. Ускладнення перебігу вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження	діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	2. Постійно в ендокринолога
Попередній цукровий діабет, пов'язаний з недостатністю харчування. Попередній цукровий діабет неуточнений.	О 24.2 О 24.3	1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПП та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності).	1. Корекція інсулінотерапії заданими 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...	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	1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринолога
Цукровий діабет, виникаючий в період вагітності Цукровий діабет при вагітності неуточнений.	О 24.4 О 24.9	1. Відповідно до рубрики В. 2. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПП та доплерометрія в динаміці спостереження (з 3 триместра).	1. Корекція інсулінотерапії заданими глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від	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	1. Відсутність ускладнень перебігу цукрового діабету. 3. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування до ендокринолога

			грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування. 5. Відмова від грудного вигодовування у випадку нестабільності рівня глікемії.			
--	--	--	--	--	--	--

Інфекції нирок при вагітності

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

Звичайне невиношування (допомога при вагітності, герпес вагітних, ВМК при вагітності, гіпотензивний синдром, ураження печінки)

Медична допомога матері в зв'язку з іншими станами, переважно пов'язаними з вагітністю. Надмірне збільшення маси тіла під час вагітності.	О	1. Рекомендований графік візитів 1 - бажано до 12 тижнів 2 - не пізніше 2-х тижнів після першого вагітності після проходження другого УЗД 4 - 25 - 26 тижнів 5 - 30 тижнів 6 - 34 - 35 тижнів 7 - 38 тижнів 8 - 40 тижнів 9 - 41 тижнів 2. Консультація терапевта,	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. 2. Дієтотерапія. 3. ЛФК. 4. Санаторно-курортне лікування.	1. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
---	---	---	--	-------------------------------------	--	--

		ендокринолога, дієтолога.				
Медична допомога жінці зі звиклим невиношуванням вагітності.	О 26.2	1. Комплексне обстеження для з'ясування причин невиношування (відповідно до клінічного протоколу) 2. Медико-генетичне консультування.	1. Прегравідарна 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.
Збережений внутрішньо матковий контрацептив при вагітності.	О 26.3	1. Бімануальне гінекологічне обстеження. 2. УЗД органів малого тазу 3. Консультування відносно планів щодо доношування вагітності. 4. Індивідуальний план ведення вагітності при бажанні доношувати вагітність після видалення ВМК у I триместрі	Скерування у гінекологічний стаціонар для видалення ВМК або переривання вагітності (за бажанням пацієнтки)	1. При відмові від доношування вагітності скерування у гінекологічний стаціонар для переривання вагітності 2. Ускладнення перебігу вагітності після видалення ВМК.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Герпес вагітних.	О 26.4	1. Індивідуальний план ведення вагітності 2. Обстеження методом ПЛР у 36 - 37 тижнів вагітності для встановлення виділення вірусу простого герпесу з цервікальним слизом	1. При перенесеному первинному епізоді генітального герпесу та лікуванні протівірусними препаратами у I триместрі - рекомендувати переривання вагітності. 2. Місцеве протигерпетичне лікування при наявності висипань 3. Відновлення біоценозу піхви	1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. Загострення генітального герпесу з порушенням працездатності. 3. Для визначення тактики розродження і підготовки до розродження з 38 тижня вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Гіпотензивний синдром вагітних	О 26.5	1. Рекомендований графік візитів 1 - бажано до 12 тижнів 2 - не пізніше 2-х	1. Раціональне харчування. 2. Вітамінотерапія	1. Ускладнення перебігу вагітності.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду

		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.				
Ураження печінки під час вагітності, пологів та в після пологовому періоді.	О 26.6	1. Індивідуальний план ведення вагітності 2. УЗД органів черевної порожнини. 3. Біохімічне обстеження (білірубін, трансамінази, загальний білок, білкові фракції, креатинін, коагулограма). 4. Обстеження на маркери гепатитів. 5. Консультація інфекціоніста, гастроентеролога	1. Дієтотерапія. 2. Патогенетична та симптоматична терапія.	1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. Погіршення перебігу екстрагенітальної патології.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	1. Під час вагітності та післяпологового періоду.

**Патологічні зміни під час вагітності
(гематологічні, біохімічні, хромосомні, генетичні та інші)**

Гематологічні відхилення, виявлені при допологовому обстеженні матері. Біохімічні відхилення, виявлені при допологовому обстеженні матері Цитологічні зміни, виявлені при допологовому обстеженні матері.	О 28.0 О 28.1 О 28.2	1. Консультація та обстеження в профільних стаціонарах. 2. Консилярне визначення можливості виношування вагітності	1. Консультування щодо можливого ефективного методу контрацепції 2. Преконцепційна підготовка відповідно до виявленої патології 3. Сумісне ведення вагітної з профільним спеціалістом	Обстеження та лікування у профільних стаціонарах	Стабілізація перебігу екстрагенітальної патології	1. Спостереження профільного спеціаліста 2. Забезпечення ефективного методу контрацепції
Патологічні зміни, виявлені	О 28.3	1. Медико-генетичне	Госпіталізація в акушерський	Патологічні зміни, виявлені	Відсутність акушерських	1. Протягом вагітності та

при ультразвуковому антенатальному обстеженні матері.		консультування	стаціонар	при ультразвуковому антенатальному обстеженні матері.	ускладнень.	післяпологового періоду. 2. Скерування в МГЦ.
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 МГЦ.
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 МГЦ.
Інші відхилення від норми, виявлені при антенатальному обстеженні матері та неуточнені.	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 МГЦ.

IV. Патологічні стани плоду під час вагітності

Неправильні положення та передлежання плоду

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

мати потребує надання медичної допомоги. Неправильне передлежання плоду, при якому мати потребує надання медичної допомоги, неуточнене.						
---	--	--	--	--	--	--

**Патологічні стани плоду
(гіпоксія або резус конфлікт, СЗРП,
крупний плід, інші імуноконфлікти)**

Допомога матері при інших відомих або передбачуваних патологічних станах плоду. Включено: Стани, що є підставою для спостереження, госпіталізації чи іншої акушерської допомоги матері або для переривання вагітності. Виключено: Пологи та розродження, ускладнені стресом плоду (дистресом) (О 68.) синдром плацентарної трансфузії (О 43.0).	О 36					
Резус-ізоімунізація, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Анти-Д (Rh-)антитіла Rh-несумісність (з водянюкою плоду).	О 36.0	1. Рекомендований графік візитів 1 - бажано до 12 тижнів 2 - не пізніше 2-х тижнів після першого вагітності після проходження другого УЗД 4 - 25 - 26 тижнів 5 - 30 тижнів 6 - 34 - 35 тижнів	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 резус-ізоімунізації (коливання титру антитіл, УЗ-ознаки ураження плаценти та плоду).	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

		7 - 38 тижнів 8 - 40 тижнів 9 - 41 тиждень 2. Індивідуальний план ведення вагітності 3. Визначення титру Rh-антитіл в динаміці.				
Інші форми ізоімунації, при яких мати потребує надання медичної допомоги АВО-ізоімунація. Ізоімунація БДВ (з водянкою плоду).	О 36.1	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	При ускладненнях вагітності, УЗ-ознаках ураження фетоплацентарного комплексу - госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня	1. Ускладнення перебігу вагітності. 3. УЗ-ознаки ураження плаценти та плоду.	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Водянка плоду, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Водянка плоду: - БДВ не пов'язана з ізоімунацією.	О 36.2	1. УЗД 2. Негайне скерування в акушерський стаціонар для дообстеження та розродження.	1. Лікування в умовах акушерського стаціонару.	Виявлена при УЗ-обстеженні водянка плоду	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Медико-генетичне обстеження.
Ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плоду, при яких мати потребує надання медичної допомоги.	О 36.3	1. Рекомендований графік візитів 1 - бажано до 12 тижнів 2 - не пізніше 2-х тижнів після першого 3 - 19 - 21 тижнів вагітності після проходження	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	1. Діагностований дистрес плоду	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

		<p>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 2. Тест рухів плоду (ТРП). 3. Біофізичний профіль плоду, починаючи з 32 тижнів вагітності. 4. КТГ плоду з проведенням функціональних проб та тестів. 5. Допплерометрія судин системи "маті-плацента-плід".</p>				
Внутрішньоутробна загибель плоду, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Виключено: Викидень, який не відбувся (О 02.1)	О 36.4	1. КТГ плоду. 3. УЗД плоду.	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	Внутрішньоутробна загибель плоду.	Відсутність акушерських ускладнень.	Протягом післяпологового періоду. Медико-генетичне консультування
Недостатній ріст плоду, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при встановленій чи передбачуваній: - "мало вагомості для терміну" - плацентарній недостатності - "малорослості для терміну".	О 36.5	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	Скерування в акушерський стаціонар III рівня.	Недостатній ріст плоду	Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

		<p>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>3. УЗД плоду, фетометрія.</p> <p>4. Біофізичний профіль плоду з 32 тижнів вагітності.</p> <p>5. КТГ плоду з проведенням функціональних проб та тестів.</p> <p>7. Доплерометрія судин системи "мати-плацента-плід".</p> <p>8. Медико-генетичне консультування.</p>				
<p>Надлишковий ріст плоду, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при встановленому чи передбачуваному "великому для терміну" плоду.</p>	<p>О 36.6</p>	<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. Індивідуальний план ведення</p>	<p>1. Дієта з обмеженням вуглеводів та тваринних жирів.</p> <p>2. Розвантажувальні дні.</p>	<p>1. Допологова госпіталізація в 38 тижнів вагітності для дообстеження та прогнозування методу розродження.</p> <p>2. Ускладнення перебігу вагітності.</p>	<p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>

		<p>вагітності</p> <p>3. Оцінка показників висоти стояння дна матки та окружності живота.</p> <p>4. УЗД плоду, фетометрія.</p> <p>5. КТГ плоду.</p> <p>6. Вагітним, у яких немає чинників ризику гестаційного діабету, проводять 2-годинний пероральний тест толерантності до глюкози (ПТТГ) у терміні 24 - 28 тижнів.</p> <p>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.</p>				
Життєздатний плід при черевній вагітності, при якому мати потребує медичної допомоги.	О 36.7	1. УЗД органів малого тазу і плоду 2. Негайне скерування в акушерський стаціонар.	Лікування в умовах стаціонару.	1. Підозра на черевну вагітність 2. Встановлений діагноз черевної вагітності.	1. Відсутність материнської летальності.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Інші уточнені відхилення у стані плоду, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Відхилення у стані плоду, при	О 36.8 О 36.9	1. Рекомендований графік візитів 1 - бажано до 12 тижнів 2 - не пізніше 2-х тижнів	Госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня для уточнення діагнозу	1. Дообстеження та уточнення діагнозу. 2. Для розродження. 3. ВВР плоду - для переривання вагітності.	2. Відсутність акушерських та перинатальних втрат. 3. Відсутність післяпологових та	Протягом вагітності та післяпологового періоду.

якому мати потребує медичної допомоги, не уточнене.	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 2. Тест рухів плоду (ТРП). 3. Біофізичний профіль плоду, починаючи з 32 тижнів вагітності. 4. КТГ плоду з проведенням функціональних проб та тестів. 5. Допплерометрія судин системи "материнська-плацента-плід".			після абортних ускладнень.	
---	---	--	--	----------------------------	--

Допомога матері при відомій або передбачуваній аномалії та ушкодженні плоду

Вади розвитку ЦНС у плоду. Мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері у разі: - аненцефалії - spina bifida.	O35.0	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 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж. + 1 день - 13 тиж. + 6 днів); II УЗ-обстеження (18 - 21 тиж.) 3. Перший і другий	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).	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).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. При наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Контрацепція протягом 1 року.
---	-------	--	--	---	-------------------------------------	---

		біохімічний скринінг (11 тиж. + 1 день - 13 тиж. + 6 днів); (18 - 21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування				
Хромосомні аномалії плоду.	О 35.1	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	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).	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).	Відсутність ускладнень.	1. При наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Контрацепція протягом 1 року.
Спадкові хвороби у плоду.	О 35.2	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	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).	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).	Відсутність ускладнень.	1. При наявності спадкового захворювання родина з обліку не знімається. 2. Спостереження у генетика. 3. Контрацепція протягом 1 року.

		тиж.) 4. Медико-генетичне консультування				
Ураження плоду внаслідок вірусної хвороби матері: - цитомегаловірусної, - червоної висипки (краснухи).	О 35.3	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	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).	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).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Контрацепція протягом 1 року.
Ураження плоду внаслідок дій алкоголю.	О 35.4	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.	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).	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).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Нагляд у нарколога.

		5. Консультація нарколога.				
Ураження плоду внаслідок вживання лікарських засобів (наркоманія у матері).	О 35.5	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.	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).	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).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Нагляд у нарколога.
Ураження плоду внаслідок дій радіації.	О 35.6	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.	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).	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).	Відсутність акушерських ускладнень.	1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.

<p>Ураження плоду (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 (11 тиж. + 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, загибель плоду), в умовах стаціонару.</p>	<p>1. Симптоми самовільного абортів. 2. Ураження плоду, що виникло при проведенні інвазивних методів діагностики.</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>Протягом вагітності та післяабортного періоду.</p>
<p>Аномалії та ураження плоду у зв'язку з перенесеними матір'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 (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. 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 1 року.</p>
<p>Аномалії і ураження плоду, 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 (11 тиж. + 1 день - 13 тиж. + 6 днів);</p>	<p>1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними</p>	<p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови</p>	<p>Відсутність акушерських ускладнень.</p>	<p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>

		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.	показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).	жінки від переривання вагітності).		
--	--	--	---	------------------------------------	--	--

Хромосомні аномалії під час вагітності

Допологове обстеження з метою виявлення хромосомних аномалій	Z 36.0 Z 36.1	1. Рекомендований графік візитів 1 - бажано до 12 тижнів	1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики	1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики	1. Відсутність ускладнень.	Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Допологове обстеження з метою виявлення підвищеного рівня альфа-фетопротеїну	Z 36.2 Z 36.3 Z 36.4	2 - не пізніше 2-х тижнів після першого 3 - 19 - 21 тижнів вагітності після проходження	2. Скерування для пренатальної діагностики	2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).		
Інші види допологового обстеження, що ґрунтуються на амніоцентезі.	Z 36.5 Z 36.8 Z 36.9	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.	2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).	3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).		

V. Питання планування сім'ї

(Таблицю "Методи контрацепції" підрозділу V "Питання планування сім'ї" розділу "Акушерство - допологова допомога" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 59 від 21.01.2014)

Нормативи по молочній залозі

Доброякісна дисплазія МЗ (включає фібрознокістозну мастопатію) та після оперативного лікування в онколога з приводу	N 60	1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (після 40 років). 5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ).	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
---	------	---	---	----------------	---	---------------------------------

доброякісної вогнищевої дисплазії за умов отримання ГЗ, щодо доброякісної патології		6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)				
Галакторея	N 64.3	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)	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології	За показаннями		
Мастодинія	N 64.4	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)	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології			
Субінволюція молочних залоз післялактаційна	N 64.8	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)	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології			

		7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)				
--	--	---	--	--	--	--

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-HCV, ВІЛ-інфекцію.
5. Аналіз калу на яйця глистів.
6. Флюорографія органів грудної клітки або рентгенографія органів грудної клітки (пряма проекція).

7. Тромбоцити крові, час кровотечі, час згортання крові.
8. Цукор крові, білірубін, протромбіновий 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 П)

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 ППСШ (рубрика І)

1. Визначення рН піхвового вмісту.
2. Проба з 10% розчином КОН ("амілотест").
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 ЗПСШ

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.	N70.0	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	N70.1	1. Відповідно	1. Імуномодуюча, мембраностабілізуюча	1. Загострення запального	1. Відсутність клінічних	1. Один рік (огляд два рази

оофорит. Гідросальпінкс.		до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	а терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 4. Санаторно-курортне лікування. 5. Посиндромна терапія.	процесу. 2. Синдром хронічного тазового болю. 3. Відсутність ефекту від амбулаторного лікування.	проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	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

Гостре запальне захворювання матки: - ендоміометрит - метрит - міометрит - піометра - абсцес матки.	N 71.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз крові. 4. Загальний аналіз сечі.	1. Стаціонарне лікування.	Клінічні та діагностичні прояви захворювань: - больовий синдром; - підвищення температури тіла; - порушення менструального циклу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів захворювання протягом шести місяців. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Хронічне запальне захворювання матки.	N 71.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз сечі.	1. Антибактеріальна терапія (в менструальні дні) в поєднанні з протикандидозними засобами 2. Імуномодуюча, мембраностабілізуюча терапія. 3. Фізіотерапія.	1. Загострення запального процесу. 2. Для проведення гістероскопії	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень. 3. Відсутність	1. Один рік (огляд двічі на рік). 2. Відсутність епізодів загострення процесу протягом останніх 6 місяців.

			4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Санаторно-курортне лікування.		порушень репродуктивної функції.	3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Запальне захворювання матки, неуточнене.	N 71.9	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Загальний аналіз сечі.	1. Антибактеріальна терапія (в менструальні дні) в поєднанні з протикандидозними засобами 2. Імуномодуюча, мембраностабілізуюча терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Санаторно-курортне лікування	Клінічні прояви гострого або загострення процесу.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень. 3. Відсутність порушень репродуктивної функції.	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.

Запальна хвороба шийки матки

Запальна хвороба шийки матки - цервіцит - ендцервіцит - екзоцервіцит (з наявністю ерозії чи ектропіону або без них).	N 72	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Антибактеріальна системна та місцева терапія. 2. Протигерпетична системна та місцева терапія при наявності герпетичних висипань. 3. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 4. Кріотерапія, лазеротерапія, діатермокоагуляція ерозії шийки матки за показаннями.	Поширення запального процесу на органи малого таза.	1. Нормалізація кольпоскопової картини. 2. Нормалізація біоценозу піхви.	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.
--	------	---------------------------------	---	---	---	---

Інші запальні хвороби органів малого таза у жінок

Гострий параметрит і тазовий целюліт. Абсцес: - широкої зв'язки - параметрія (уточнені як гострі).	N 73.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Консультація проктолога (за показаннями).	1. Стаціонарне лікування.	Клінічні та діагностичні прояви 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.
Хронічний параметрит і тазовий целюліт. (Будь-який із станів у підрубриці N 73.0, визначений як хронічний).	N 73.1	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Консультація проктолога (за показаннями).	1. Імуномодуюча, вітаміно-, мембраностабілізуюча, розсмоктуюча терапія. 2. Симптоматична терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Санаторно-курортне лікування.	1. Загострення запального процесу. 2. Порухення функції суміжних органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	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.
Параметрит і тазовий целюліт, неуточнений.	N 73.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів малого таза.	1. Стационарне дообстеження та лікування.	1. Загострення запального процесу. 2. Порухення функції суміжних органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	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.
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. 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. 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,	N 73.5	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. УЗД органів	1. Симптоматична, антибактеріальна, розсмоктуюча	Клінічні прояви тазового	1. Відсутність клінічних проявів.	1. Один рік при відсутності загострення

неуточнений.		малого таза.	терапія. 2. Фізіотерапія. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Синдромальна терапія. 5. Стаціонарне лікування.	перитоніту.	2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного та УЗ досліджень.	протягом останніх 6 місяців. 2. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.
Тазові перитонеальні спайки у жінок (виключено 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 стаціонару (за показаннями).	Для проведення діагностично-оперативної лапароскопії	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. 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.
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

Туберкульоз на інфекція шийки матки.	N 74.0	1. Відповідно до рубрики Г та І.	Лікування і спостереження у фтизіатра та гінеколога.	Загострення запального процесу (госпіталізація до	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Нормальна	1. Спостереження у фтизіатра та гінеколога один
--------------------------------------	--------	----------------------------------	--	---	---	---

		2. Трьохкратні бакпосиви сечі та менструальної крові на МБТ. 3. УЗД органів малого таза. 4. Рентгенографія органів грудної клітки. 5. Консультація фтизіатра		спеціалізованого стаціонару).	кольпоскопова картина. 3. Відсутність симптомів інтоксикації.	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. 3. Рентгенографія органів грудної клітки та малого таза. 4. Трьохкратні бактеріологічні посиви сечі та менструальної крові на МБТ. 5. Консультація фтизіатра.	1. Гістеросальпінгографія, гістероскопія за показаннями. 2. Лікування і спостереження у фтизіатра 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 фтизіатра 2 - 5 років. 2. Відсутність загострення запального процесу протягом останніх 6 місяців.
Запальні хвороби органів малого таза, спричинені сифілісом.	N 74.2	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 гінекологічно	1. Спостереження дерматовенеролога

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

неуточнена.						
-------------	--	--	--	--	--	--

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. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	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. 3. Нормалізація біоценозу піхви.	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 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.	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 6 місяців за умови попередньої поінформованості.
Підгострий та хронічний вульвіт.	N 76.3	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Загальне та місцеве етіотропне	Порушення працездатності в зв'язку з	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Відсутність	1. 6 місяців. 2. Відсутність патологічних змін

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

Вульвовагінальні виразки та запалення при хворобах, класифікованих в інших рубриках

Виразка вульви при інфекційних та	N 77.0	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Загальне та місцеве лікування	1. Порушення працездатності в зв'язку з	1. Відсутність клінічних проявів.	1. Постійне перебування під диспансерним
-----------------------------------	--------	---------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	--

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

**Інші, спричинені хламідіями хвороби,
що передаються статевим шляхом**

Інфекція нижнього відділу сечостатевого тракту, спричинена хламідіями. Хламідійний - цервіцит - цистит - уретрит - вульвовагініт.	A 56.0	1. Відповідно до рубрик Г та І.	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.	Розповсюдження гострого запального процесу на органи малого таза.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного, лабораторного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізів зішкрябів слизових уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Один рік (огляд двічі протягом року). 2. Мікробіологічний контроль вилікованості (ПЛР) 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.
Інфекція тазових та інших сечостатевих органів, спричинена хламідіями - запальна хвороба органів малого таза у жінок.	A 56.1	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Стаціонарне лікування. 2. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.	Гостре запалення тазових сечостатевих органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізів зішкрябів слизових уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.	1. Протягом 1 року (огляд двічі протягом 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.
Хламідійна інфекція, неуточнена.	A 56.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження мазків з піхви.	1. Імуномодулююча терапія. 2. Антибіотикотерапія відповідно до існуючих схем лікування хламідіозу та змішаних інфекцій. 3. Протикандидозна терапія.	Гостре запалення тазових сечостатевих органів.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження. 3. Нормалізація показників аналізів зішкрябів слизових	1. Один рік (огляд двічі протягом року). 2. Мікробіологічний контроль вилікованості (ДНК-діагностика) через 1,5 місяці після завершення антибіотикотерапії. 3. Відсутність

			4. Відновлення біоценозу піхви та кишківника. 5. Скерування на обстеження та лікування статевого партнера.		уретри, цервікального каналу. 4. Нормалізація біоценозу піхви.	загострення процесу протягом 6 місяців. 4. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
--	--	--	---	--	---	---

Трихомоніаз

Сечостатевий трихомоноз. 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 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 уrogenітальна - 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 лімфоаденіту. 2. Порушення працездатності в зв'язку з вираженим набряком вульви та больовим синдромом.	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 попередньої поінформованості.
--	------------------------	---------------------------------	---	---	--	--

Кандидоз

Кандидоз вульви і вагіни. Кандидозний вульвовагініт. Моніліазний вульвовагініт. Вагінальна пліснявка.	B 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 вилікованості протягом трьох менструальних циклів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
---	-----------	---------------------------------	--	---------------------	---	---

**II. 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 I - II стадіях аденоміозу: - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 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 гінекологічного 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 лікування - відповідно до рубрики Д	Оперативне лікування	Ендометріоїд на кіста яєчника.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного та УЗ досліджень органів малого таза.	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.
Ендометріоз маткової труби.	N 80.2	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	1. Гормональне лікування при I - II стадіях: - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.	Оперативне лікування.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного та УЗ досліджень органів малого таза.	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.
Ендометріоз тазової очеревини.	N 80.3	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 -	1. Гормональна терапія - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.	1. Для дообстеження (лапароскопія). 2. Оперативне лікування у разі неефективності гормональної терапії протягом 6	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного та УЗ досліджень органів малого таза.	1. До менопаузи (огляд 2 рази на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

		відповідно до рубрики Д		місяців.		
Ендометріоз прямокишков о-півкової перетинки і півви.	N 80.4	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Ректороманоскопія, ірігоскопія. 4. При скеруванні на планове оперативне лікування - відповідно до рубрики Д	1. Гормональна терапія - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.	1. Для проведення лапароскопії. 2. Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного та УЗ досліджень органів малого таза.	1. Протягом 2-х років після оперативного лікування. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Ендометріоз кишківника.	N 80.5	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	1. Гормональна терапія - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.	1. Для оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного та УЗ досліджень органів малого таза. 3. Нормалізація функції кишківника.	1. 2 роки після оперативного лікування. 2. Відсутність клінічних проявів. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Ендометріоз шкірного рубця.	N 80.6	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза.	1. Гормональне лікування - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни. 2. Симптоматична терапія. 3. Фізіотерапія. 4. Розсмоктуюча терапія.	Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.	Відсутність клінічних проявів захворювання.	1. 6 місяців після оперативного лікування. 2. Відсутність клінічних проявів протягом шести місяців.
Інший ендометріоз. Ендометріоз неуточнений.	N 80.8 N 80.9	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	1. Гормональне лікування - монофазні КОК; - прогестагени; - антигонадотропіни; - антипрогестини; - агоністи ГнРГ. 2. Симптоматична терапія.	1. Для дообстеження. 2. Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії протягом 6 місяців.	Відсутність клінічних проявів.	1. До менопаузи (огляд два рази на рік). 2. Два роки після оперативного лікування. 3. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

Поліпи статевих органів

Поліп жіночого статевого органа. Виключено: Аденоматозний поліп (D 28.-). Плацентарний поліп (O 90.8). Поліп тіла матки поліп: - ендометрія - матки БДВ Виключено: поліпоїдну гіперплазію ендометрію (N 85.0).	N 84.0	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Гістероскопія. 4. Аналіз крові на онкомаркери	1. Роздільне вишкрібання цервікального каналу та стінок маткової порожнини з ПГД. 2. Лікування в залежності від результатів гістологічного дослідження.	1. Маткова кровотеча. 2. УЗ-верифікація поліпу	1. Позитивна динаміка даних гінекологічного дослідження, УЗД (1 раз в 6 місяців); 2. Позитивна динаміка даних аспіраційної біопсії, контрольного вишкрібання.	1. Протягом 1 року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Поліп шийки матки. Поліп оболонки шийки матки.	N 84.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія.	1. Поліпектомія з лікувально-діагностичним вишкрібанням цервікального каналу та стінок маткової порожнини з ПГД отриманого матеріалу. 2. Лікування в залежності від результатів гістологічного дослідження.	1. Маткова кровотеча. 2. Наявність поліпу шийки матки	Клінічне одужання; Відсутність рецидиву протягом 6 міс.	1. Протягом 6 міс. після клінічного одужання 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Поліп піхви. Поліп вульви. Поліп соромітної губи. Поліп інших відділів жіночих статевих органів. Поліп жіночих статевих органів, неуточнений.	N 84.2 N 84.3 N 84.8 N 84.9	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Біопсія поліпу з гістологічним дослідженням біоптату. 3. Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви.	Поліпектомія.	Кровотеча, рецидив захворювання.	Відсутність ускладнень поліпектомії та рецидиву захворювань.	1. Протягом 6 міс. після клінічного одужання 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

Лейоміома матки та доброякісні новоутворення статевих органів

Лейоміома матки. Включено: Доброякісні новоутворення	D 25.0	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Гістеросальпінгограф	1. Оперативне лікування з часу встановлення діагнозу. 2. Замісна	1. Симптомна лейоміома матки. 2. Дообстеженн	Відсутність патологічних змін при гінекологічному дослідженні та	6 місяців після оперативно го лікування.
--	--------	---	---	---	--	--

я матки з морфологічним кодом M889 та кодом характеру новоутворення / 0 фіброміома матки Підслизова лейоміома матки.		ія. 3. Трансвагінальна, трансабдомінальна ехографія.	гормональна терапія в післяопераційному періоді за показаннями. 3. Симптоматична терапія.	я (роздільне діагностичне вишкрібання із ПГД препаратів, гістероскопія).	УЗД.	
Інтрамуральна лейоміома матки. Субсерозна лейоміома матки. Лейоміома матки, неуточнена.	D 25.1 D 25.2 D 25.9	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 гонадотропінрилізінг 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).	Позитивна динаміка змін при гінекологічному дослідженні та УЗД.	1. Постійно до оперативного лікування (огляд двічі на рік). 2. 6 місяців після оперативного лікування.
Інші доброякісні новоутворення матки. Шийки матки.	D 26 D 26.0	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, підтвержене цито- і патогістологічними дослідженнями.	Протягом 1 року після оперативного лікування (огляд двічі на рік).
Тіла матки, інших частин матки, неуточнені.	D 26.1 D 26.7 D 26.9	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.	D 27	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. УЗД органів малого таза.	Оперативне лікування.	1. Наявність пухлини яєчника. 2. Симптомне	1. Клінічне выздоровлення. 2. Відсутність патологічних	Протягом 5 років після операції (огляд двічі

		3. Комп'ютерна томографія за показаннями. 4. Фіброгастроскопія. 5. Ірігоскопія. 6. Аналіз крові на онкомаркери (СА 125, СЕА, МСА). 7. ТФД та гормональні дослідження за показаннями.		новоутворення яєчника. 3. Дообстеження.	змін при гінекологічному дослідженні та УЗД. 3. Відсутність рецидиву пухлини протягом 5 років.	на рік).
Доброякісне новоутворення інших та неуточнених жіночих статевих органів. Включено: Аденоматозний поліп шкіри жіночих статевих органів. Вульви.	D 28 D 28.0	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Біопсія новоутворення із ППД.	Стаціонарне лікування.	1. Дообстеження 2. Оперативне лікування.	Клінічне одужання, підтверджене результатами цитологічного і патогістологічного досліджень.	3 місяці після оперативного лікування.
Піхви.	D 28.1	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, підтверджене результатами цитологічного і патогістологічного досліджень.	3 міс. після оперативного лікування
Маткових труб та зв'язок: Фалопієвої труби Маткової зв'язки (широкої, круглої).	D 28.2 D 28.7	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Фіброгастроскопія. 3. 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. Виключено: дисфункцію яєчників (Е 28). Первинна аменорея. Порушення менструації у пубертатний період. Вторинна аменорея.	N 91 N 91.0 N 91.1 N 91.2 N 91.3 N 91.4	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Генетичне обстеження. 4. ТФД. 5. Діагностичні гормональні проби. 6. Гормональне дослідження:	1. Етіотропна терапія. 2. Гормональна терапія (відповідно до виявлених порушень та існуючих схем): циклічна терапія (естрогени, естрогенгестагени, прогестагени,	Дообстеження та уточнення діагнозу.	Регулярний двофазний менструальний цикл.	Протягом 1 року за умови регулярного менструального циклу (огляд кожні 3 місяці).
---	--	--	---	-------------------------------------	--	---

<p>Відсутність менструації у жінки, в якої раніше не було менструацій. Аменорея, неуточнена. Відсутність менструації БДВ. Первинна олігоменорея. Мізерні або нечасті менструації з самого початку. Вторинна олігоменорея. Мізерні або нечасті менструації у жінки, яка раніше мала нормальні менструації. Олігоменорея, неуточнена. Гіпоменорея БДВ.</p>	<p>91.5</p>	<p>ЛГ, ФСГ, Е 2, ПРЛ, кортизол та інші (за показаннями). 7. МРТ 8. Консультування окулістом з проведенням периметрії.</p>	<p>стимулятори овуляції, інгібітори синтезу пролактину, кортикостероїди). 3. Дієтотерапія. 4. Антибактеріальна терапія (за показаннями). 5. Психотерапія. 6. Санаторно-курортне лікування. 7. Терапія, призначена профільними фахівцями.</p>			
<p>Мено- або метрорагія: - клімактерична; - менопаузна; - передклімактерична; - передменопаузна. Інша уточнена нерегулярна менструація. Нерегулярна менструація неуточнена.</p>	<p>N 92.3 N 92.5 N 92.6</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. Тести функціональної діагностики. 3. Аналіз крові (гемоглобін крові до та після місячних, час згортання крові, кількість тромбоцитів). 4. Коагулограма. 5. Група крові та резус-фактор. 6. УЗД органів малого таза. 7. Аспіраційна біопсія ендометрію з ПГД аспірату. 8. Гормональне обстеження за показаннями. 9. Консультації та призначення профільними фахівцями.</p>	<p>1. Стаціонарне лікування. 3. Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах (з урахуванням ПГД): - симптоматична терапія; - гормональна терапія; - санаторно-курортне лікування; - консультації профільних спеціалістів.</p>	<p>1. Надмірна кровотеча. 2. Дообстеження та лікування (роздільне діагностичне вишкрібання з ПГД препаратів, симптоматична терапія).</p>	<p>Нормалізація менструального циклу.</p>	<p>Протягом 1 року після закінчення всіх видів лікування за умови регулярного менструального циклу (огляд кожні 3 місяці).</p>
<p>Кровотеча після і під час статевого контакту.</p>	<p>N 93.0</p>	<p>1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Розширена кольпоскопія.</p>	<p>1. Етіотропне лікування. 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>

		4. При помірній та значній кровотечі - обстеження та лікування в умовах стаціонару.				
Міжменструальний біль.	N 94.0	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Тести функціональної діагностики. 3. УЗД органів малого таза. 4. Консультації суміжних спеціалістів за показаннями. 5. Гормональні дослідження (за показаннями).	1. Нестероїдні протизапальні препарати. 2. Спазмолітики. 3. Седативні. 4. Корекція гормональних порушень за показаннями.	1. Відсутність ефекту від амбулаторного лікування - наявність больового синдрому. 2. Синдром гострого живота.	Відсутність клінічних проявів.	За відсутності клінічних проявів протягом 1 року.
Відсутність лібідо.	N 94.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Обстеження на ПССШ. 4. Консультація сексопатолога, психолога. 5. ТФД. 6. Гормональні дослідження (за показаннями).	1. Етіотропне лікування - лікування ППШС; - лікування гінекологічної патології; - гормональна терапія; - терапія екстрагенітальних захворювань. 2. Дієто-, вітамінотерапія. 3. Психотерапія. 4. Санаторно-курортне лікування. 5. Лікування та обстеження у сексопатолога.	-	Нормалізація статевої функції.	Не потребує.
Вагінізм.	N 94.2	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Обстеження на ПССШ 4. Консультація сексопатолога, психолога. 5. ТФД. 6. Гормональні дослідження (за показаннями).	1. Етіотропне лікування - лікування ППШС; - лікування гінекологічної патології; - гормональна терапія; - терапія екстрагенітальних захворювань. 2. Дієто-, вітамінотерапія. 3. Психотерапія. 4. Санаторно-курортне лікування.	-	Відсутність клінічних проявів.	Не потребує.

			5. Лікування та обстеження сексопатологом.			
Синдром передменструального напруження.	N 94.3	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Тести функціональної діагностики. 4. Гормони крові: 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. Інші уточнені стани, пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом. Стани, пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом, неуточнені.	N 94.4 N 94.5 N 94.6 N 94.8 N 94.9	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, ПРЛ, естрадіол, прогестерон. 6. Консультування профільними спеціалістами (за показаннями).	1. Нестероїдні протизапальні. 2. Седативні. 3. Спазмолітики. 4. Вітамінотерапія. 5. Диференційована гормонотерапія. 6. ЛФК та фізіотерапія. 7. Психотерапія. 8. Призначення профільних спеціалістів.	При відсутності ефекту амбулаторного 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).

(Підрозділ "Порушення менструальної функції" розділу III. "Порушення репродуктивної функції жінки" в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я N 353 від 13.04.2016)

Незапальні хвороби статевих органів

Неправильне положення матки. Антеверсія. Ретрофлексія. Ретроверсія.	N 85.4	Відповідно до рубрики Г.	1. Гінекологічний масаж. 2. Фізіотерапія та лікувальна фізкультура. 3. Санаторно-курортне лікування.	Для проведення діагностично-лікувальної лапароскопії.	Відсутність ускладнень.	Не потребує.
Виворіт матки (виключено: поточну акушерську	N 85.5	Невідкладна госпіталізація.	Стационарне лікування.	Наявність вивороту матки.	Відсутність ускладнень оперативного лікування.	Протягом 2-х місяців після оперативного лікування.

травму, післяпологовий виворіт матки).						
Внутрішньоматкові спайки.	N 85.6	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза.	1. Стационарне лікування. 2. Гормональні естрогенгестагенні препарати після оперативного лікування.	1. Для дообстеження. 2. Для оперативного лікування.	1. Позитивна динаміка даних УЗД органів малого таза. 2. Нормальна гістероскопічна картина.	1. Протягом 1 року (огляд двічі на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
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 гінекологічного та УЗ досліджень.	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 гінекологічного 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) виразка. Виворіт. Виключено: з цервіцитом (N 72).	N 86	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Місцеве протизапальне лікування відповідно до отриманих результатів дослідження. 2. Хірургічне лікування: - діатермокоагуляція, - діатермоконізація, - криодеструкція, - деструкція CO2 лазером	Клінічні прояви захворювання.	Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженнями.	1. 6 міс. після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
(Позиції "Дисплазія шийки матки" та "Слабковиражена дисплазія шийки матки" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 236 від 02.04.2014)						
Старий розрив шийки матки. Спайки шийки матки. Виключено: поточну акушерську травму (O 71.3).	N 88.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Електроконізація 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	N 88.2	1. Відповідно до рубрики	1. Бужування цервікального	Відсутність ефекту від	Клінічне одужання.	1. Протягом 1-го року після

матки. Виключено: Як ускладнення пологів (О 65.5).		Г. 2. УЗД органів малого таза	каналу. 2. Усунення рубцевих змін за допомогою CO2 лазеру. 3. Лікування в умовах стаціонару.	амбулаторног о лікування.		клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованост і.
Недостатність шийки матки. Обстеження і лікування при передбачуваній недостатності шийки матки у невагітної жінки. Виключено: таку, що впливає на плід або новонародженого (Р 01.0); таку, що ускладнює вагітність (О 34.3).	N 88.3	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 рентгенологічно го та УЗ- обстежень.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованост і.
Гіпертрофічне видовження шийки матки.	N 88.4	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	1. Діатермоконізаці я шийки матки. 2. Лікування в умовах стаціонару..	Гіпертрофічн е видовження шийки матки II - III ступеню для хірургічного лікування	Клінічне одужання.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованост і.
Інші уточнені незапальні хвороби шийки матки. Виключено: Поточну акушерську травму. Незапальна хвороба шийки матки, неуточнена.	N 88.8 N 88.9	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	Хірургічне лікування, лікування ускладнень відповідно нозоологічній формі див. N 88.1, N 88.2, N 88.3, N 88.4.	Хірургічне лікування.	Клінічне одужання, відсутність рецидиву.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованост і.
Стриктур а й атрезія піхви. Вагінальні: - спайки - стеноз Виключено: післяопераційні спайки піхви (N 99.2).	N 89.5	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	Хірургічне лікування.	Для хірургічного лікування.	Клінічне одужання.	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованост і.
Щільна дівоча перетинка.	N 89.6	1. Відповідно до рубрики	Хірургічне лікування в	Кровотеча.	Клінічне одужання.	1. Протягом 1-го року після

Ригідна дівоча перетинка. Щільна дівоча перетинка. Виключено: Неперфоровану дівочу перетинку (Q 52.3).		Г. 2. УЗД органів малого таза	умовах стаціонару.			клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Гематокольпос. Гематокольпос з гематометрою або з гематосальпінксом.	N 89.7	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза	Оперативне лікування.	1. Гематокольпос. 2. Гематометра. 3. Гематосальпінкс.	Клінічне одужання.	1. Протягом 6 міс. після клінічного одужання. 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

Випадіння статевих органів у жінок

Випадіння статевих органів у жінок. Неповне випадіння матки і піхви.	N 81 N 81.2	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Цистоскопія (за показаннями). 3. Консультування та призначення уролога, проктолога.	1. Симптоматичне лікування. 2. ЛФК. 3. Санаторно-курортне лікування. 4. Оперативне лікування.	1. Випадання матки і піхви II - V ступеня 2. Больовий синдром. 3. Трофічні виразки. 4. Порушення функції суміжних органів.	Відсутність прогресування випадання матки.	При наявності матки постійно, огляд 1 раз в 6 місяців.
Повне випадіння матки. Інші форми випадіння жіночих статевих органів (недостатність м'язів промежини, старий розрив м'язів дна малого таза).	N 81.3 N 81.8	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Цистоскопія (за показаннями). 3. Консультування та призначення уролога, проктолога.	1. Оперативне лікування. 2. Симптоматичне лікування. 3. Реабілітаційні заходи - санаторно-курортне лікування та ЛФК.	1. Наявність повного випадіння матки. 2. Больовий синдром. 3. Трофічні виразки. 4. Гостра затримка сечі.	1. Нормалізація функцій суміжних органів. 2. Відсутність прогресування випадання матки.	При наявності матки постійно, огляд двічі на рік.

Свищ статевих органів у жінок

Свищ статевих органів у жінок. Міхуровопіхвова нориця.	N 82 N 82.0	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. УЗД органів малого таза. 3. Фістулографія. 4. Цистоскопія, цистографія. 5. Бактеріологічне	I - етап - 3 міс. санація, повноцінна дієта, коферменти, седативні препарати. II - етап - оперативне втручання.	Наявність міхурнопіхвової нориці - для оперативного лікування.	1. Відсутність рецидиву нориці після оперативного лікування. 2. Нормальна функція сечового міхура. 3. Нормалізація	Протягом 3-х років спостереження гінеколога, уролога і терапевта- до одужання
---	----------------	--	--	--	--	---

		дослідження виділень із піхви, сечі. 6. Консультація уролога.			статевої функції.	
Нориця з піхви в тонку кишку. Нориця з піхви в товсту кишку. Інша кишково-генітальна нориця у жінок. Кишково-маткова нориця.	N 82.2 N 82.3 N 82.4	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. УЗД органів малого таза. 3. Фістулографія. 4. Рентгенографія шлунково-кишкового тракту. 5. Бактеріологічне дослідження виділень із піхви, з визначенням чутливості до антибіотиків. 6. Консультування хірурга.	Оперативне лікування.	1. Наявність кишково-піхвової нориці - для оперативного лікування. 2. Дообстеження.	1. Відсутність рецидиву нориці після оперативного лікування. 2. Нормалізація статевої функції. 3. Нормалізація функції кишківника.	Протягом 3-х років спостереження гінеколога, хірурга.

IV. Патологія клімаксу та диспластичні процеси

Ерозія та дисплазія шийки матки та піхви, вульви

Залозиста гіперплазія ендометрію. Гіперплазія ендометрію - БДВ - кістозна - залозисто-кістозна поліпозна. Аденоматозна гіперплазія ендометрію. Гіперплазія ендометрію, атипова (аденоматозна).	N 85.0 N 85.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Аспіраційна біопсія ендометрію.	1. Гормональна терапія відповідно віку жінки. 2. Оперативне лікування за умови неефективності гормонотерапії протягом 6 - 12 місяців.	1. Маткова кровотеча. 2. Для дообстеження. 3. Діагностичне роздільне вишкрібання порожнини матки.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних УЗД. 3. Відсутність патологічних змін при ПГД (аспірату порожнини матки).	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.
Гіпертрофія матки (Матка велика або збільшена).	N 85.2	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Гістероскопія. 4. Лапароскопія за показаннями.	1. Динамічне спостереження. 2. Фітотерапія. 3. Симптоматична терапія.	1. Ускладнення перебігу. 2. Для дообстеження.	1. Відсутність клінічних проявів. 2. Позитивна динаміка даних гінекологічного та УЗ досліджень органів малого таза.	1. Постійно (огляд та УЗД органів малого таза два рази на рік). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.

Субінволюція матки (виключено післяпологову субінволюцію).	N 85.3	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза.	1. Протизапальна терапія. 2. Утеротонічні препарати. 3. Гемостатична терапія (за показаннями).	1. Маткова кровотеча. 2 Підвищення температури тіла. 3. Для дообстеження	Відсутність клінічних проявів.	Протягом 2-х місяців.
(Позиції "Помірна дисплазія шийки матки", "Тяжка дисплазія шийки матки, не класифікована в інших рубриках" та "Дисплазія шийки матки, не уточнена" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 236 від 02.04.2014)						
Інші незапальні ураження шийки матки. Виключено: запальну хворобу шийки матки (N 72) поліп шийки матки (N 84.1). Лейкоплакія шийки матки.	N 88 N 88.0	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Бактеріологічне дослідження піхвових виділень. 4. Біопсія шийки матки з ПГД. 5. Онкомаркер СА 125. 6. Консультація онкогінеколога	Лікування залежно від виявленої патології.	Ускладнення перебігу.	Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженням.	1. Протягом 2-х років після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Інші незапальні ураження вагіни. Виключено: карциному in situ піхви (D 07.2) запалення піхви (N 76). сенильний атрофічний вагініт (N 95.2). трихомонозну лейкоорею (A 59.0). Слабковиражена дисплазія піхви. Інтраепітелітальна неоплазія піхви I ступеня. Помірна дисплазія піхви. Інтраепітелітальна неоплазія піхви II ступеня.	N 89 N 89.0 N 89.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія піхви з наступним ПГД. 4. Консультація онкогінеколога	Лікування у онкогінеколога.	Ускладнення перебігу.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.	1. Протягом 1 року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Тяжка дисплазія піхви, не класифікована в інших рубриках. Тяжка дисплазія піхви БДВ. Виключено: інтраепітелітальна неоплазія	N 89.2	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія піхви з патогістологічними дослідженням біоптату.	Лікування у онкогінеколога.	1. Ускладнення перебігу. 2. Для хірургічного лікування.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженням. 2. Відсутність рецидиву.	Протягом 2-х років після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці).

півхи III ступеня зі згадуванням про тяжку дисплазію, або без такого згадування (D 07.2).		4. УЗД органів малого таза. 5. Консультація онкогінеколога.				
Дисплазія півхи, неуточнена.	N 89.3	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія півхи з ПГД. 4. УЗД органів малого таза. 5. Консультація онкогінеколога.	Лікування після уточнення діагнозу.	Для хірургічного лікування.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженнями. 2. Відсутність рецидиву.	Залежно від ступеню тяжкості дисплазії див. N 89.0, N 89.1, N 89.2.
Лейкоплакія півхи.	N 89.4	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія півхи з ПГД. 4. Консультація онкогінеколога.	1. Хірургічне лікування: - криодеструкція; - деструкція CO2 лазером; - висікання патологічних ділянок з наступним гістологічним дослідженням. 2. Гормональне лікування (за показаннями).	Ускладнення перебігу захворювання.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженнями. 2. Відсутність рецидиву.	1. Протягом 2-х років після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Інші уточнені незапальні хвороби півхи. Лейкорей БДВ. Старий розрив півхи. Виразка маткового кільця у півхи. Виключено: Поточну акушерську травму (O 70 - O 71.4, O 71.7 - O 71.8). Старі розриви із залученням м'язів dna малого таза (N 81.8).	N 89.8	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень з півхи. 3. Біопсія виразки з ПГД біоптату. 4. Консультація онкогінеколога.	1. Оперативне лікування. 2. При доброякісній виразці - консервативне лікування, криодеструкція.	1. Для оперативного лікування. 2. Для дообстеження.	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.
Інші незапальні ураження вульви та промежини. Виключено: карциному in situ вульви (D 07.1) поточну	N 90.0 N 90.1	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Консультація онкогінеколога.	Лікування в онкологічному диспансері.	1. Ускладнення перебігу захворювання. 2. Для дообстеження. 3. Оперативне	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженнями. 2. Відсутність	1. Протягом 1-го року після клінічного одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови

акушерську травму (О 70.-, О 71.7 - О 71.8), запалення вульви (N 76.-). Слабовиражена дисплазія вульви. Інтраепітеліальна неоплазія піхви I ступеня. Помірна дисплазія вульви. Інтраепітеліальна неоплазія піхви II ступеня.				лікування.	рецидиву.	попередньої поінформованості.
Тяжка дисплазія вульви. Тяжка дисплазія вульви БДВ. Виключено: Інтраепітеліальна неоплазія вульви III ступеня, зі згадуванням про тяжку дисплазію або без такого згадування (D 07.1).	N 90.2	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 кольпоскопічними та цитологічними дослідженнями. 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.	N 90.3	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Консультація онкогінеколога.	Лікування в онкологічному диспансері.	Залежно від ступеню тяжкості дисплазії.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженнями. 2. Відсутність рецидиву.	Залежно від ступеню тяжкості дисплазії див. N 89.0, N 89.1, N 89.2.
Лейкоплакія вульви. Дистрофія, Крауроз.	N 90.4	1. Відповідно до рубрики Г. 2. Розширена кольпоскопія. 3. Біопсія вульви з патгістологічними дослідженнями біоптату. 4. Цукор крові. 5. Гормональне дослідження (за показаннями). 6. Консультація профільних спеціалістів.	1. Симптоматична терапія. 2. Адаптогени, гепатопротектори, вітаміни. 3. Гормональне лікування. 4. Хірургічне лікування.	1. Ускладнення перебігу. 2. Для дообстеження. 3. Для хірургічного лікування.	1. Клінічне одужання, підтвержене кольпоскопічними та цитологічними дослідженнями. 2. Відсутність рецидиву.	1. Протягом 2-х років після клінічного одужання кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Атрофія вульви. Стеноз вульви.	N 90.5	1. Відповідно до рубрики Г, Д. 2. Гормональне	1. Симптоматична терапія.	1. Ускладнення перебігу. 2.	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність	1. Протягом 1-го року після клінічного

		дослідження (за показаннями). 3. Консультація профільних спеціалістів.	2. Оперативне лікування в умовах стаціонару.	Для дообстеження. 3. Для хірургічного лікування.	рецидиву.	одужання (огляд кожні 3 місяці). 2. Нез'явлення на огляд протягом 1 року за умови попередньої поінформованості.
Гіпертрофія вульви. Гіпертрофія соромітних губ.	N 90.6	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.	N 90.7	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. Спайки вульви. Гіпертрофія клітора.	N 90.8	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,	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.

		терапевт та інші).				
Атрофічний вагініт у періоді постменопаузи. енільний (атрофічний) вагініт.	N 95.2	1. Відповідно до рубрики Г. 2. УЗД органів малого таза. 3. Мамографія за показаннями. 4. Бактеріоскопічне дослід-ження 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 комбінована 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

(Таблицю "Методи контрацепції" підрозділу V "Питання планування сім'ї" розділу "Гінекологія" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 59 від 21.01.2014)

Патологія молочної залози

Доброякісна дисплазія МЗ (включає фібрознокістозну мастопатію) та після оперативного лікування в онколога з приводу доброякісної вогнищевої дисплазії за умов отримання ГЗ, щодо доброякісної патології	N 60	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	N 64.3	1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (від 40 років). 5. УЗД щитоподібної залози. 6. Гормональне	1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної			

		обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 7. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 8. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії)	патології			
Мастодинія	N 64.4	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	N 64.8	1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (від 40 років). 5. УЗД щитоподібної залози. 6. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 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			

Безплідність

Жіноча безплідність.	N 97	1. Відповідно до рубрик Г та І.	1. Гормональне лікування залежно від генезу: - чисті гестагени; - комбіновані естрогенгестагенні препарати; - стимулятори овуляції; - інгібітори синтезу ПРЛ; - кортикостероїди.	1. Для дообстеження. 2. Оперативне лікування при неефективності гормональної терапії.	Настання та виношування вагітності.	1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Жіноча безплідність, пов'язана з відсутністю овуляції.	N 97.0	3. Гірсутне число. 4. Масо-ростовий коефіцієнт. 5. Генетичне обстеження. 6. ТФД. 7. Діагностичні гормональні проби. 8. Гормональне	2. Лікування			

		дослідження: ЛГ, ФСТ, Е2, ПРЛ, кортизол, прогестерон та інші (за показаннями). 9. Бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри. 10. МРТ 11. Метросальпінгографія 12. Консультування профільними фахівцями. 13. Спермограма чоловіка	супутньої ендокринної патології.			
Жіноча безплідність трубного походження. Пов'язана з природженою аномалією маткових труб. Трубні: - непрохідність - закупорення - стеноз.	N 97.1	1. Відповідно до рубрик Г, Д, І. 2. УЗД органів малого таза. 3. Генетичне обстеження. 4. ТФД. 5. Метросальпінгографія 6. Туберкулінові проби (за показаннями). 7. Огляд профільними фахівцями 8. Спермограма чоловіка.	1. Антибактеріальна терапія залежно від встановленої етіології. 2. Фізіотерапія. 3. Розсмоктуюча терапія. 4. Санкур. лікування. 5. Оперативне лікування в умовах стаціонару. 6. У разі туберкульозу - специфічна терапія.	Оперативне лікування.	Настання та виношування вагітності.	1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Жіноча безплідність маткового походження - пов'язана з природною аномалією матки - дефект імплантації яйцеклітини.	N 97.2	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, фізіотерапевта та ін. 7. Гістероскопія. 8. Спермограма чоловіка.	1. Етіотропна протизапальна терапія. 2. Хірургічне лікування (за показаннями).	1. Дообстеження. 2. Хірургічне лікування.	Настання та виношування вагітності.	1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.
Жіноча безплідність шийкового походження.	N 97.3	1. Відповідно до рубрик Г та І. 2. Обстеження за тетами функціональної діагностики.	Хірургічне лікування при істмікоцервікальній недостатності, аномаліях розвитку.	1. Дообстеження. 2. Оперативне лікування.	Настання та виношування вагітності.	1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.

		3. Гістероцервіко-сальпінгографія. 4. Посткоітальний тест. 5. УЗД органів малого таза. 6. Кольпомікроскопія. 7. Дослідження антиспермальних антитіл у цервікальній слизі. 8. Спермограма чоловіка.				
Жіноча безплідність, пов'язана з чоловічими факторами. Жіноча безплідність іншої природи. Жіноче безпліддя неуточнене.	N 97.4 N 97.8 N 97.9	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. Консультування профільними фахівцями. 10. Спермограма чоловіка.	1. Етіотропне лікування. 2. Гормональне лікування. 3. Антибактеріальне, протівірусне лікування (за показаннями). 4. Санаторно-курортне лікування.	1. Дообстеження лікування. 2. Хірургічне лікування.	Настання та виношування вагітності.	1. Протягом лікування. 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду.

Дитяча та підліткова гінекологія

Доброякісне утворення яєчника	Д 27	1. Відповідно до рубрики Г1. 2. Аналіз калу на яйця глистів. 3. УЗД органів малого таза та черевної порожнини.	1. Оперативне лікування.	1. Наявність пухлини яєчника. 2. Дообстеження.	1. Клінічне одужання. 2. Відсутність патологічних змін при гінекологічному дослідженні та УЗД.	Протягом 1 року після операції (огляд 4 рази на рік), наступні роки - двічі на рік.
Синдром полікістозних яєчників	Е 28.2	1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення естрадіолу, ЛГ, ФСГ, прогестерону, пролактину в крові. 3. Проведення ТФД. 4. МРТ за показаннями. 5. Консультація, ендокринолога, генетика, окулісту.	1. Стимулююча негормональна терапія. 2. Гомеопатичні препарати. 3. Рефлексотерапія, фізіотерапія. 4. Гормональне лікування (за показаннями). 5. Хірургічна лапароскопія (за показаннями).	1. Дообстеження. 2. Проведення комплексної терапії. 3. Проведення першого курсу гормонотерапії 4. Оперативне лікування (при неефективності консервативної терапії протягом 1 - 3	Нормалізація менструальної функції.	Протягом - одного року. Зняття з обліку при нормалізації менструальної функції.

				років).		
Затримка статевого дозрівання	E 30.0	1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення естрадіолу, ЛГ, ФСГ, прогестерону, пролактину, СТГ в крові. 3. Проведення ТФД. 4. МРТ за показаннями 5. Консультація, ендокринолога, генетика. 6. Визначення статевого хроматину, каріотипування (при необхідності).	1. Стимулююча негормональна терапія. 2. Гомеопатичні препарати. 3. Рефлексотерапія, фізіотерапія. 4. Гормональне лікування (за показаннями).	1. Дообстеження 2. Проведення комплексної стимулюючої терапії або першого курсу гормонотерапії	Нормалізація менструальної функції.	Чотири рази на рік до нормалізації менструальної функції протягом одного року.
Передчасне статево дозрівання	E 30.1	1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення естрадіолу, ЛГ, ФСГ, прогестерону, пролактину, ТТГ в крові. 4. Проведення ТФД. 5. МРТ 6. Консультація, ендокринолога, генетика 7. Визначення статевого хроматину, каріотипування (при необхідності).	1. Симптоматична терапія.	1. Дообстеження	Відсутність прогресування процесу	До завершення пубертації 4 рази на рік.

Запальні процеси жіночих статевих органів

Гострий сальпінгіт та оофорит. Гостре запальне захворювання матки.	N 70.0 N 71.0	1. Відповідно до рубрики Г1 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. Гідросальпінкс. Хронічне запальне захворювання матки	N 70.1 N 71.1	1. Відповідно до рубрики Г1 2. Консультація хірурга (за показаннями).	1. Імуномодулююча терапія. 2. Розсмоктуюча терапія із фізіотерапією. 3. Посиндромна терапія.	1. Загострення запального процесу. 2. Неefективність 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	N 75.0	1. Відповідно до рубрики Г1 та Д.	Оперативне лікування.	Наявність кісти	1. Клінічне одужання.	1. Три місяці після
--------------------	--------	-----------------------------------	-----------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

залози				бартолінової залози.	2. Відсутність ускладнень оперативного лікування.	операції. 2. Відсутність рецидиву.
Абсцес бартолінової залози	N 75.1	1. Відповідно до рубрики Г1 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.	N 76.0 N 76.2	1. Відповідно до рубрики Г1	1. Загальнозміцнюючі заходи. 2. Місцеве лікування. 3. Гігієнічні процедури. 4. Фізіотерапія.	Необхідність проведення вагіноскопії під загальним знеболенням.	1. Відсутність клінічних проявів та нормалізація лабораторних досліджень.	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.	N 76.1 N 76.3	1. Відповідно до рубрики Г1	1. Загальнозміцнюючі заходи. 2. Місцеве лікування. 3. Гігієнічні процедури. 4. Фізіотерапія. 5. Пробіотики інтравагінально та перорально.	1. Неадекватність амбулаторної терапії. 2. Необхідність проведення вагіноскопії під загальним знеболенням.	1. Відсутність клінічних проявів та нормалізація лабораторних досліджень.	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.	N 76.4	1. Відповідно до рубрики Г1 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

Фолікулярна кіста яєчника. Кіста жовтого тіла	N 83.0 N 83.1	1. Відповідно до рубрики Г1 та Д. 2. Обстеження органів ШКТ.	Гормональна терапія (гестагени, КОК) протягом 3 - 6 місяців.	Ускладнена кіста яєчника Симптоми гострого живота	Відсутність патологічних змін внутрішніх геніталей та при УЗД.	1. Один рік (огляд 4 рази на рік). 2. Відсутність рецидиву.
Первинна дисменорея. Вторинна дисменорея	N 94.4 N 94.5	1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення ФСГ, ЛГ, ТТГ, ПРЛ, естрадіолу, прогестерону в крові. 3. УЗД щитовидної залози. 4.	1. Загальнозміцнююча терапія. 2. Протизапальні препарати нестероїдного походження. 3. Фізіотерапія, рефлексотерапія,	1. Неадекватність амбулаторного лікування протягом 1 - 2 місяців. 2. Необхідність дообстеження і	Відсутність епізодів захворювання протягом 6 місяців.	1. Огляд 6 разів на рік. 2. Стійка ремісія протягом року.

		Електроенцефалограма . 5. Консультація невролога, окуліста.	гомеопатичні засоби. 4. Гормонотерапія (за показаннями). 5. Антибактеріальна терапія (за показаннями)	комплексної терапії в умовах стаціонару.		
Лейкоплакія вувльви. Дистрофія вувльви. Крауроз вувльви.	N 90.4	1. Відповідно до рубрики Г1 2. RW, ВІЛ за показаннями. 3. Консультація дерматовенеролога.	1. Симптоматична терапія 2. Місцева терапія. 3. Відновлення біоценозу піхви.	1. Неефективність амбулаторного лікування. 2. Необхідність комплексного лікування та дообстеження.	Нормалізація стану вувльви.	До менархе. Контрольний огляд щорічно.

Порушення менструальної функції

Первинна аменорея. Вторинна аменорея	N 91.0 N 91.1	1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення прогестерону , естрадіолу, ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактину в крові. 3. МРТ. 4. Проведення ТФД. 5. Консультація ендокриноло га, генетика. 6. Визначення статевого хроматину, каріотипуван ня (за показаннями)	1. Загально зміцнююча терапія. 2. Гомеопатичні засоби. 3. При неефективності - гормональна терапія.	1. Комплексне обстеження для встановлення причини аменореї. 2. Проведення комплексної стимулюючої терапії, підбір необхідної гормональної терапії.	1. Встановлення рівня ушкодження. 2. Досягнення менструальноподі бної реакції при гормональній терапії.	1. Один рік (огляд 4 рази на рік). 2. При нормальній менструальній функції протягом 1 року.
Первинна олігоменоре я Вторинна олігоменоре я.	N 91.3 N 91.4	1. Відповідно до рубрики Г1 2. Визначення прогестерону , естрадіолу, ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактину в крові. 3. МРТ. 4. Проведення	1. Загальнозміцнюю ча терапія. 2. Гомеопатичні засоби. 3. При неефективності - гормональна терапія.	1. Комплексне обстеження для встановлення причини олігоменореї. 2. Для підбору необхідної гормональної терапії. 3. Неефективніс	1. Покращення даних гінекологічного та УЗ обстежень. 2. Досягнення менструальноподі бної реакції у разі гормональної терапії.	1. Один рік (огляд 4 рази на рік) 2. Досягнення менструальноподі бної реакції при гормональній терапії. При нормальній менструальній функції протягом року.

		ТФД. 5. Консультація ендокринолога, генетика. 6. Визначення статевого хроматину, каріотипування (за показаннями).		ть лікування в амбулаторних умовах.		
--	--	---	--	-------------------------------------	--	--

(Підрозділ "Порушення менструальної функції" розділу V. "Питання планування сім'ї" в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я N 353 від 13.04.2016)

Вроджені вади розвитку статевих органів

Природжена відсутність піхви	Q 52.0	1. Відповідно до рубрики Г1 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	Q 52.1	1. Відповідно до рубрики Г1 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	Q 52.3	1. Відповідно до рубрики Г1 та Д1. 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.
Зрощення соромітних губ	Q 52.5	1. Відповідно до рубрики Г1	1. Місцева терапія.	Неефективність місцевої терапії Наявність зрощення соромітних губ.	1. Відсутність післяопераційних ускладнень. 2. Нормалізація анатомічного стану.	6 місяців (з оглядом щомісяця) при відсутності рецидиву.

Травми живота та тазу

Удар зовнішніх статевих органів (Травма зовнішніх статевих органів).	S 30.2 S 31.4	1. Відповідно до рубрики Г1 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).
--	------------------	--	---------------------------------------	--	--	---

Відкрита рана піхви та вульви.						
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--

**Наслідки проникнення стороннього
тіла через природній отвір**