МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 10 февраля 2003 г. N 50

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Документ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава России от 29.04.2013 N 268.

В целях совершенствования акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по организации работы женской консультации (Приложение N 1).

1.2. Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц (Приложение N 2).

1.3. Схемы динамического наблюдения гинекологических больных (Приложение N 3).

2. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Шарапову О.В.

Министр

Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение N 1

Утверждена

Приказом Минздрава России

от 10 февраля 2003 г. N 50

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

В оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи ведущую роль играет женская консультация.

Учитывая особое значение женских консультаций в профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, охране репродуктивного здоровья женщин, в целях развития и дальнейшего совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи эти учреждения внесены в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную в установленном порядке.

Женские консультации осуществляют амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь в соответствии с действующим Положением об организации деятельности женской консультации, утвержденным Приказом Минздрава России от 30.12.1999 N 462 "О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным" (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 09.02.2000 N 820-ЭР).

Территория деятельности женской консультации устанавливается соответствующим органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Режим работы женской консультации организуется с учетом обеспечения максимальной доступности амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению. В женских консультациях время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 часов; в субботу, предпраздничные и праздничные дни - с 8 до 18 часов. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Информация о часах работы женской консультации, расписании приемов врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов, работе школы материнства размещается у регистратуры.

Следует предусмотреть возможность самозаписи на прием к врачу или посещения врача с талоном на руках. Запись к специалистам и для обследования может быть предварительной. В соответствии с этими записями акушерка готовит к приему необходимую документацию. Женщине предоставляется право выбора врача по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины во время беременности и после родов одним и тем же врачом.

Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач женской консультации. Помощь на дому осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняются средним медицинским персоналом (по назначению врача).

Структуру и штаты женской консультации утверждает главный врач (заведующий).

Штаты женской консультации и дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях устанавливаются в соответствии с действующими нормативами. Индивидуальные нормы нагрузки (обслуживания) врачей акушеров-гинекологов амбулаторно-поликлинических учреждений устанавливаются руководителями учреждений здравоохранения в зависимости от конкретных условий труда.

Пятидневная или шестидневная рабочая неделя устанавливается администрацией учреждения с учетом специфики работы.

Во время приема больных основную помощь врачу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, осуществляет взвешивание беременных, измерение артериального давления, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проведение лечебных процедур, патронаж на дому.

В штаты женской консультации рекомендуется вводить социальных работников.

Социальный работник участвует в работе по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Основной его задачей является работа с подростками, молодежью и женщинами социальной группы риска по предупреждению непланируемой беременности, инфекций, передаваемых половым путем.

Организация наблюдения и медицинской помощи беременным

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач ознакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, обратив особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, особенности менструального цикла и репродуктивной функции.

При ознакомлении с семейным анамнезом следует выяснить наличие у родственников сахарного диабета, гипертонической болезни, туберкулеза, психических, онкологических заболеваний, многоплодной беременности, наличие в семье детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно краснухе, токсоплазмозе, генитальном герпесе, цитомегаловирусной инфекции, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой, эндокринной, онкологической патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливании крови, аллергических реакциях, а также об употреблении табака, алкоголя, наркотических или токсических средств.

Акушерско-гинекологический анамнез включает сведения об особенностях менструального цикла и генеративной функции, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, продолжительности, течении и их исходах, осложнениях в родах и послеродовом периоде; массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей. Уточняется наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем (генитального герпеса, сифилиса, гонореи, хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, ВИЧ/СПИД-инфекции, гепатита B и C), использовании контрацептивных средств. Выясняется возраст и состояние здоровья мужа, группа его крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

При первом осмотре беременной оценивается характер ее телосложения, уточняются сведения об исходной массе тела незадолго до беременности, а также характер питания. Обращается особое внимание на женщин с избыточной и недостаточной массой тела.

Критерием избыточной или недостаточной массы тела считается величина выше или ниже стандартной на 15 - 20% и более. В качестве стандарта можно использовать индекс Брока (масса тела = длина тела - 100).

Во время осмотра беременной измеряется масса тела, артериальное давление на обеих руках, обращается внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, выслушиваются тоны сердца, легкие, пальпируются щитовидная железа, молочные железы, регионарные лимфатические узлы; оценивается состояние сосков. Проводится акушерский осмотр: определяются наружные размеры таза, размеры диагональной конъюгаты и пояснично-крестцового ромба, производится влагалищное исследование с обязательным осмотром шейки матки и стенок влагалища в зеркалах, а также области промежности и ануса. У женщин с физиологическим течением беременности при отсутствии изменений в области влагалища и шейки матки влагалищное исследование осуществляется однократно, а частота последующих исследований - по показаниям.

Частота посещений врача акушера-гинеколога и других специалистов женщинами с нормально протекающей и осложненной беременностью, частота лабораторных и других исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий, показания к госпитализации содержатся в "Схемах динамического наблюдения беременных женщин и родильниц" (Приложение N 2). Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог обсуждает с беременной и получает ее согласие.

Ведение беременных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбрионов в полость матки (ПЭ) представлено в Приложении N 2.

При физиологическом течении беременности может быть установлена частота наблюдения врачом акушером-гинекологом до 6 - 8 раз (до 12 нед., 16 нед., 20 нед., 28 нед., 32 - 33 нед., 36 - 37 нед.) при условии регулярного (каждые 2 нед.) наблюдения специально подготовленной акушеркой после 28 недель беременности. Изменение числа посещений беременными врача акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов.

Особого наблюдения требуют курящие беременные, употребляющие алкоголь или наркотические средства. В целях убеждения в необходимости полного отказа от курения в течение всей беременности и кормления грудью с курящими женщинами проводится разъяснительная работа. При выявлении употребления алкоголя или наркотических средств беременную следует убедить обратиться к врачу психиатру-наркологу по месту жительства в интересах сохранения здоровья своего и будущего ребенка. Дальнейшее наблюдение за течением беременности, а также после родов осуществляется врачом акушером-гинекологом с выполнением рекомендаций врача психиатра-нарколога. Для профилактики и коррекции отклонений в течении беременности и уменьшения токсического влияния наркотиков и алкоголя рекомендуется использование препаратов из группы естественных метаболитов.

Беременные, инфицированные ВИЧ, наблюдаются врачом акушером-гинекологом женской консультации совместно с врачом-инфекционистом, который назначает курсы соответствующей терапии по согласованию с территориальным центром по профилактике и борьбе со СПИДом и определяет стационар для родоразрешения.

При выявлении беременных в возрасте до 18 лет в случае принятия положительного решения о сохранении беременности и деторождении они поступают под наблюдение врача акушера-гинеколога территориальной женской консультации, после родов - в центры планирования семьи и репродукции или молодежные центры для индивидуального подбора средств контрацепции.

При первом посещении женщины уточняется срок беременности и предполагаемых родов. В случае необходимости вопрос о сроке беременности решается консультативно с учетом данных ультразвукового исследования.

После первого осмотра врачом акушером-гинекологом беременная направляется на обследование к терапевту, который осматривает ее в течение физиологически протекающей беременности дважды (после первого осмотра врачом акушером-гинекологом и в сроке 30 нед. беременности).

При первом посещении беременной врач-терапевт оценивает соматический статус женщины и заносит данные осмотра в "Индивидуальную карту беременной и родильницы". При необходимости запрашивается выписка из "Медицинской карты амбулаторного больного". При наличии экстрагенитальных заболеваний врач- терапевт совместно с врачом акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности. Сведения об экстрагенитальных заболеваниях, впервые выявленных во время беременности или послеродовом периоде, передаются в общелечебную сеть. Динамическое наблюдение за беременными с экстрагенитальными заболеваниями, осуществляемое врачом акушером-гинекологом совместно с терапевтом и другими специалистами, содержится в Приложении N 2.

Беременная также осматривается врачами: стоматологом, окулистом, оториноларингологом и по показаниям - другими специалистами. Консультативная помощь беременным оказывается в специализированных кабинетах женских консультаций, стационарах, базах кафедр образовательных медицинских учреждений, НИИ.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным проводится пренатальная диагностика в соответствии с Приказом Минздрава России от 28.12.2000 N 457 "О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей" (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 12.02.2001 N 07/1459-ЮД).

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласии женщины ей выдается комиссионное заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов (в зависимости от профиля заболевания), врачом акушером-гинекологом, главным врачом (заведующим) женской консультации, ставится печать учреждения.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности, к которым относятся:

I. Социально-биологические:

- возраст матери (до 18 лет; старше 35 лет);

- возраст отца (старше 40 лет);

- профессиональные вредности у родителей;

- табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

- массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25% выше или ниже нормы).

II. Акушерско-гинекологический анамнез:

- число родов 4 и более;

- неоднократные или осложненные аборты;

- оперативные вмешательства на матке и придатках;

- пороки развития матки;

- бесплодие;

- невынашивание беременности;

- неразвивающаяся беременность;

- преждевременные роды;

- мертворождение;

- смерть в неонатальном периоде;

- рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;

- рождение детей с низкой или крупной массой тела;

- осложненное течение предыдущей беременности;

- бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.).

III. Экстрагенитальные заболевания:

- сердечно-сосудистые: пороки сердца, гипер- и гипотензивные расстройства;

- заболевания мочевыделительных путей;

- эндокринопатия;

- болезни крови;

- болезни печени;

- болезни легких;

- заболевания соединительной ткани;

- острые и хронические инфекции;

- нарушение гемостаза;

- алкоголизм, наркомания.

IV. Осложнения беременности:

- рвота беременных;

- угроза прерывания беременности;

- кровотечение в I и II половине беременности;

- поздний гестоз;

- многоводие;

- маловодие;

- плацентарная недостаточность;

- многоплодие;

- анемия;

- Rh и АВО изосенсибилизация;

- обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.);

- анатомически узкий таз;

- неправильное положение плода;

- переношенная беременность;

- индуцированная беременность.

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Для своевременной оценки отклонений в течении беременности и развитии плода целесообразно также использовать гравидограмму, в которой регистрируются основные показатели обязательного клинического и лабораторного обследования беременных.

Показатели, указанные в первых графах гравидограммы, записываются в их числовом выражении. В графе "Артериальное давление" жирными линиями отмечены границы допустимой нормы систолического и диастолического давления. При каждом посещении беременной и измерении артериального давления точками отмечается уровень систолического и диастолического давления, которые соединяются между собой, образуя 2 отдельные линии систолического и диастолического давления, отражающие динамику АД в течение беременности.

Особое внимание обращается на регистрацию высоты стояния дна матки, представленной на гравидограмме двумя линиями, характерными для нормального увеличения объема матки в течение беременности. При каждом измерении высоты стояния дна матки ее величина отмечается точкой, соединяясь между собой линией. Линия, вышедшая за пределы верхней границы нормы, в большинстве случаев указывает на крупный плод, многоводие, многоплодие, а вышедшая за пределы нижней границы, - на внутриутробную задержку роста плода, маловодие, что требует проведения других методов обследования (УЗИ, КТГ, допплерометрия и др.).

Состояние шейки матки оценивается в баллах, особенно у женщин с риском преждевременного прерывания беременности. Для балльной оценки состояния шейки матки используют видоизмененную схему E.H. Bishop, представленную в таблице.

Таблица

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В БАЛЛАХ

|  |  |
| --- | --- |
|  Шейка матки |  Баллы  |
|  0  |  1  |  2  |
| Длина  | более 2 см  | менее 2 см, но более 1 см  | менее 1 см  |
| Цервикальныйканал  | наружный зев закрыт  | наружный зев прохо-дим для 1 попереч- ного пальца  | внутренний зев приоткрыт  |
| Консистенция | плотная  | размягченная  | мягкая  |
| Позиция  | кзади от про- водной оси таза | по проводной оси таза  | кпереди от про-водной оси таза |

При суммарной оценке 4 балла в момент наблюдения хирургической коррекции не требуется, при оценке 5 - 8 баллов - она необходима. Для более точной диагностики желательно провести ультразвуковое исследование для оценки степени раскрытия истмической части шейки матки. Раскрытие менее 0,8 см оценивается в 1 балл, более 0,8 см - 2 балла.

В последующих графах гравидограммы указывается предлежание плода, наличие его сердцебиения, отеки беременной, что обозначается знаком "+".

При оценке величины прибавки массы тела в течение беременности учитывается массо-ростовой коэффициент (МРК) женщины в зависимости от характера телосложения (МРК, % = масса тела, кг / рост, см x 100). Для женщин нормального телосложения МРК находится в пределах 35 - 41%; имеющих избыточную массу тела МРК - 42 - 54%; с недостаточной массой тела МРК - 30 - 34%. В каждой весовой категории женщин на гравидограмме представлены линии, отражающие границы нормальной прибавки массы тела во время беременности. При очередном взвешивании в графе "Масса, кг" отмечается величина массы тела, а точкой отмечается величина прибавки массы тела соответственно сроку беременности. Полученные точки соединяются между собой, образуя кривую, отражающую характер прибавки массы тела женщины в течение беременности. Выход кривой за границы нормы при последующих измерениях массы тела беременной является одним из признаков осложнений беременности (отеки, многоводие, маловодие и др.). Общая прибавка массы тела у всех беременных (с ранних сроков до 40 нед.) менее 7 кг или отсутствие ее нарастания в течение нескольких посещений врача может указывать на внутриутробную задержку роста плода.

У женщин, имеющих первоначально недостаточную массу тела, допускается большая прибавка массы тела, чем у остальных. При отсутствии видимых отеков разгрузочные дни у этой категории беременных рекомендуется проводить после тщательного обследования, поскольку они могут относиться к риску наступления преждевременных родов или рождения детей с низкой массой тела.

Гравидограмма N

┌────────────┬───┬───┬───┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┬────┐

│Дата │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Недели │5 -│7 -│9 -│11 -│13 -│15 -│17 -│19 -│21 -│23 -│25 -│27 -│29 -│31 -│33 -│35 -│37 -│39 -│41 -│

│ │6 │8 │10 │12 │14 │16 │18 │20 │22 │24 │26 │28 │30 │32 │34 │36 │38 │40 │42 │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Гемоглобин │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Белок мочи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├──────┬─────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Сахар │мочи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │крови│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├──────┼─────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Титр │Rh │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │АВО │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├──────┴─────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Группа крови│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│RW │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Гормоны │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│крови (мочи)│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├──────┬─────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Арте- │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│риаль-│160 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ное │150 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│давле-│140 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ние │130 \*├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │120 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │110 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │100 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │90 \*├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │80 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │70 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │60 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │50 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

├──────┴─────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Окружность │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│живота │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Высота стоя-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ния дна ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│матки │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ 40 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │35,6│37,3│38,2│ │

│ 35 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │31,4│32,0│33,9│ │ │ │35,8│

│ 30 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │25,0│27,0│28,7│ │ │ │32,2│32,7│35,2│ │

│ 25 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │ │ │ │21,8│24,0│ │ │ │ │29,4│31,3│ │ │ │34,8│

│ 20 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │ │15,7│19,0│ │ │21,8│23,4│25,7│26,8│ │ │ │ │ │ │

│ 15 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │11,5│ │ │16,8│18,8│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ 10 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │ │12,5│14,0│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ 5 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ │ │ │ │ │10,8│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Состояние │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│шейки матки │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Предлежание │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│плода │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Сердцебиение│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Отеки │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└────────────┴───┴───┴───┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┘

┌─────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│ Массо-ростовой │ Средняя величина прибавки массы тела у беременных нормостетического │

│ коэффициент, │ телосложения (М +/- 16; 10,73 +/- 3,25) │

│ 38,13 +/- 3,07% ├────────────────────────┬────────────────────────┬──────────────────────────────┤

│ │ 220 +/- 86 г до 20 нед.│ 421 +/- 146 г │ 342 +/- 96 г 31 - 40 нед. │

│ │ │ 21 - 30 нед. │ │

├────────────┬───┬───┬────┼────┬────┬────┬────┬────┼────┬────┬────┬────┬────┼────┬────┬────┬────┬────┬─────┤

│Недели │5 -│7 -│9 - │11 -│13 -│15 -│17 -│19 -│21 -│23 -│25 -│27 -│29 -│31 -│33 -│35 -│37 -│39 -│41 - │

│ │6 │8 │10 │12 │14 │16 │18 │20 │22 │24 │26 │28 │30 │32 │34 │36 │38 │40 │42 │

├────────────┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 13 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 12 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼11,21┤

│ - 11 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 10 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼10,25┤

│ - 9 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 8 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼8,01┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 7 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 6 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 5 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼6,61┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 4 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼3,7─┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 3 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 2 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 1 ├───┼───┼0,68┼────┼────┼────┼────┼────┼2,5─┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 0 ├───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│- -1 ├───┼── -0,48┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

├────────────┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│Масса, кг │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└────────────┴───┴───┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴─────┘

┌────────────────────────┬───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│ Массо-ростовой │ Средняя величина прибавки массы тела у беременных │

│ коэффициент, │ с ожирением (М +/- 16; 8,3 +/- 2,12) │

│ 48,36 +/- 6,31% ├────────────────────────┬────────────────────────┬─────────────────────────────┤

│ │ 162 +/- 68 г до 20 нед.│ 367 +/- 30 г │ 268 +/- 53 г 31 - 40 нед. │

│ │ │ 21 - 30 нед. │ │

├────────────┬───┬───┬───┼────┬────┬────┬────┬────┼────┬────┬────┬────┬────┼────┬────┬────┬────┬────┬────┤

│Недели │5 -│7 -│9 -│11 -│13 -│15 -│17 -│19 -│21 -│23 -│25 -│27 -│29 -│31 -│33 -│35 -│37 -│39 -│41 -│

│ │6 │8 │10 │12 │14 │16 │18 │20 │22 │24 │26 │28 │30 │32 │34 │36 │38 │40 │42 │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 13 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 12 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 11 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 10 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼8,9─┤

│ - 9 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 8 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼7,7─┤

│ - 7 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼6,3─┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 6 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 5 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼4,02┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 4 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 3 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼2,65┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 2 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 1 ├───┼───┼0,2┼────┼────┼────┼────┼────┼1,25┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│ - 0 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│- -1 ├───┼───┼1,2┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┤

│Масса, кг │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└────────────┴───┴───┴───┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┘

┌────────────────────────┬────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│ Массо-ростовой │ Средняя величина прибавки массы тела у беременных │

│ коэффициент, │ с дефицитом массы тела (М +/- 16; 12,07 +/- 2,8) │

│ 32,25 +/- 1,88% ├────────────────────────┬────────────────────────┬──────────────────────────────┤

│ │ 386 +/- 95 г до 20 нед.│ 471 +/- 40 г │ 392 +/- 37 г 31 - 40 нед. │

│ │ │ 21 - 30 нед. │ │

├────────────┬───┬───┬───┼────┬────┬────┬────┬────┼────┬────┬────┬────┬────┼────┬────┬────┬────┬────┬─────┤

│Недели │5 -│7 -│9 -│11 -│13 -│15 -│17 -│19 -│21 -│23 -│25 -│27 -│29 -│31 -│33 -│35 -│37 -│39 -│41 - │

│ │6 │8 │10 │12 │14 │16 │18 │20 │22 │24 │26 │28 │30 │32 │34 │36 │38 │40 │42 │

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 13 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼12.97┤

│ - 12 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 11 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼11.17┤

│ - 10 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼9.9─┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 9 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 8 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼8.9─┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 7 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 6 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼5.54┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 5 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 4 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 3 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 2 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼3.74┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 1 ├───┼───┼0.6┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│ - 0 ├───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│- -1 ├───┼── -0.6┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

├────────────┼───┼───┼───┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼────┼─────┤

│Масса, кг │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└────────────┴───┴───┴───┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴────┴─────┘

В комплексной оценке состояния плода женщина сама может использовать тест движений плода "Считай до 10", который является простым информативным диагностическим методом.

Тест движений плода регистрирует сама женщина ежедневно с 28 недель беременности до родов на специальном листе. Уменьшение движений плода или изменение их характера нужно рассматривать как симптом нарушения его состояния.

Начиная с 9 часов утра женщина считает 10 шевелений плода. Время 10-го шевеления отмечается крестиком в графе, соответствующей сроку беременности и дню недели (дни недели обозначены первыми буквами), после чего дальнейший счет прекращается. При каждом посещении женской консультации беременная предъявляет заполненный лист.

Кроме теста "Считай до 10" можно использовать подсчет числа движений плода в течение 1 часа 3 раза в день (например, 7.00 - 8.00 ч, 12.00 - 13.00 ч, 18.00 - 19.00 ч).

Число шевелений плода менее 10 в течение 12 часов (с 9.00 до 21.00 ч) и менее 3 в течение 1 часа (в каждом измеряемом интервале времени) рассматривается как сигнал тревоги со стороны плода и требует проведения кардиомониторного исследования.

Все данные опроса, обследования, результаты клинико-лабораторных исследований, заключения других специалистов, советы и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуется с главным врачом (заведующим) женской консультации, заносятся в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" при каждом посещении с указанием диагнозов и даты последующей явки на прием и подтверждаются подписью врача.

┌───────┬───────────────────────────┐ Тест движений плода

│ Часы │ 28 - 40 нед. │ "считай до 10"

├───────┼───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┤ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

│ 9.00│пн.│вт.│ср.│чт.│пт.│сб.│вс.│ Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ Дом. телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ Начато \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ при сроке

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ беременности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель

│ 10.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ Движения плода начинайте считать в 9.00.

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ Когда почувствуете 10-е движение, отмечайте

│ 11.00│ │ │ │ │ │ │ │ в таблице время и больше не считайте.

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ Например: 10-е движение зарегистрировано

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ между 13.00 и 13.30 и отмечено в клетке А.

│ 12.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ На следующее утро начинайте считать движения

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ снова.

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 13.00│ │ │ │ │ │ │ │ Если с 9.00 до 21.00 почувствовали менее

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ 10 движений, отметьте только их число за это

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ время в нижней части таблицы (клетки Б и В).

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 14.00│ │ │ │ │ │ │ │ Запомните:

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ Если в течение дня наблюдается менее

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ 10 движений плода немедленно обращайтесь

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤ к врачу, жизнь Вашего ребенка в опасности.

│ 15.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 16.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 17.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 30│ X │ А │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 18.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 19.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 20.00│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 21.00│ │ │ │ │ │ │ │

├───────┼───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│Число 9│ │ │ │ │ │ │ │

│дви- ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│жений 8│ │ │ │ │ │ │ │

│(ме- ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│нее 7│ │ X │ │─┐ │ │ │ │

│10) ├───┼───┼───┤ │ ├───┼───┼───┤

│ 6│ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┤ }Б├───┼───┼───┤

│ 5│ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┤ │ ├───┼───┼───┤

│ 4│ │ │ X │─┘ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 3│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 2│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 1│ │ │ │ │ │ │ │

│ ├───┼───┼───┼───┼───┼───┼───┤

│ 0│ │ │ │ X │ В │ │ │

└───────┴───┴───┴───┴───┴───┴───┴───┘

┌───────┬─────────────┬─────────────┬─────────────┬─────────────┬─────┬─────────────┬─────────────┐

│ Часы │ 28 нед. │ 29 нед. │ 30 нед. │ 31 нед. │ - │ 40 нед. │ 41 нед. │

├───────┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─────┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┤

│ │П│В│С│Ч│П│С│В│П│В│С│Ч│П│С│В│П│В│С│Ч│П│С│В│П│В│С│Ч│П│С│В│ │П│В│С│Ч│П│С│В│П│В│С│Ч│П│С│В│

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 9.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 10.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 11.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 12.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 13.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 14.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 15.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 16.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 17.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 18.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 19.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 20.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 30│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 21.00│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├───────┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│Число 9│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│дви- ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│жений 8│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│(ме- ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│нее 7│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│10) ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 6│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 5│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 4│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 3│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 2│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 1│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│ 0│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└───────┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─────┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"Индивидуальные карты беременной и родильницы" хранятся в кабинете каждого врача акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения.

В картотеке должны быть выделены также карты родивших; женщин, подлежащих патронажу, и беременных, госпитализированных в стационар.

Для патронажа отбираются карты женщин, не явившихся в назначенный срок. Патронаж на дому производится акушеркой по назначению врача. Для проведения осмотра на дому акушерка должна иметь тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп или портативный ультразвуковой аппарат.

Записи о результатах патронажного посещения акушеркой заносятся в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" и фиксируются в "Тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)".

В наиболее сложных случаях патронаж на дому проводится врачом акушером-гинекологом.

Беременные с акушерской патологией по показаниям госпитализируются в отделение патологии беременных родильного дома (отделения); при наличии экстрагенитальной патологии рекомендуется госпитализация в отделение патологии беременных родильного дома (отделения), а также в сроке до 36 - 37 недель беременности - в отделение больницы по профилю заболевания. Беременные с тяжелой акушерской и/или экстрагенитальной патологией могут быть госпитализированы в специализированный родильный дом или перинатальный центр.

Для госпитализации беременных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, рекомендуется развертывание стационаров дневного пребывания в женских консультациях или родильных домах (отделениях).

Показания к отбору беременных для госпитализации

в стационар дневного пребывания

- вегетососудистая дистония и гипертоническая болезнь в I и II триместрах беременности;

- обострение хронического гастрита;

- анемия (снижение гемоглобина не ниже 90 г/л);

- ранний токсикоз при отсутствии или наличии транзиторной кетонурии;

- угроза прерывания беременности в I и II триместрах при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей и сохраненной шейке матки;

- для проведения медико-генетического обследования, включающего инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.), у беременных группы высокого перинатального риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности;

- для проведения немедикаментозной терапии (иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия и др.);

- для проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии при наличии резус-отрицательной крови;

- для обследования и лечения беременных с резус-конфликтном в I и II триместрах беременности;

- для оценки состояния плода;

- для обследования и лечения при подозрении на фетоплацентарную недостаточность;

- для обследования при подозрении на порок сердца, патологию мочевыделительной системы и др.;

- для проведения специальной терапии при алкоголизме и наркомании (по показаниям);

- в критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания;

- при выписке из стационара после наложения швов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности;

- для продолжения наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре.

При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременная незамедлительно переводится в соответствующее отделение стационара.

Примерный распорядок дня стационара дневного

пребывания беременных

8.00 - 8.30 - поступление в стационар

8.30 - 9.15 - завтрак

9.15 - 12.00 - врачебный обход, выполнение назначений

12.00 - 12.30 - второй завтрак

12.30 - 14.00 - выполнение назначений, отдых беременных

14.00 - 14.45 - обед

14.45 - 17.00 - отдых беременных

17.00 - 18.00 - выписка из стационара; санитарная уборка помещений.

При наличии вредных и опасных условий труда беременным с момента первой явки выдается "Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу" с сохранением среднего заработка по прежней работе.

При решении вопроса о трудоустройстве беременных женщин следует пользоваться гигиеническими рекомендациями к рациональному трудоустройству беременных женщин.

Врач женской консультации выдает на руки беременной в сроки 22 - 23 недели "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы".

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается единовременно с 28 недель беременности продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов) <\*>.

--------------------------------

<\*> Статья 255 Трудового кодекса Российской Федерации - "Российская газета", 31.12.2001, N 256.

В случае неиспользования по каким-либо причинам права на своевременное получение отпуска по беременности и родам или при наступлении преждевременных родов листок нетрудоспособности выдается на весь период отпуска по беременности и родам.

При родах, наступивших в период с 28 до 30 недель беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается женской консультацией на основании выписки из родильного дома (отделения), где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 суток после родов (168 часов) - на 86 календарных дней; при временном выезде женщины с места постоянного жительства - родильным домом (отделением), где произошли роды.

При осложненных родах листок нетрудоспособности дополнительно на 16 календарных дней может выдаваться родильным домом (отделением) или женской консультацией по месту жительства на основании документов из лечебно-профилактического учреждения, в котором произошли роды. Перечень заболеваний и состояний, при которых роды считаются осложненными, определен "Инструкцией о порядке предоставления послеродового отпуска при осложненных родах" Минздрава России от 14.05.97 N 2510/2926-97-32, зарегистрированной Минюстом России 14 мая 1997 г. N 1305.

При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки "Листок нетрудоспособности" выдается с периода подсадки эмбриона до установления факта беременности и далее по показаниям.

Листки нетрудоспособности регистрируются в "Книге регистрации листков нетрудоспособности".

При оформлении отпуска по беременности и родам женщинам разъясняется необходимость регулярного посещения консультации и предоставляется подробная информация по уходу за будущим ребенком. Во время беременности женщин следует ознакомить с преимуществом грудного вскармливания и методами контрацепции, рекомендуемыми после родов.

Подготовка к родам и материнству проводится как индивидуально, так и в группах.

Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Партнерство во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка.

Подготовка беременной и ее семьи к рождению ребенка осуществляется в соответствии с современными требованиями.

Метод физиопсихопрофилактической подготовки беременных и их семей к рождению ребенка может применяться всеми беременными, особенно группы высокого риска. Противопоказаний к использованию данного метода нет.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению рекомендуется использование традиционных методов по психофизической подготовке беременных к родам, а также обучение их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в "Школах материнства", организуемых в женских консультациях. При этом используются демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

Непосредственными помощниками врачей при проведении занятий в "Школе материнства" являются акушерки и медицинские сестры, получившие специальную подготовку.

К посещению "Школы материнства" следует привлекать всех женщин с 1 триместра беременности желательно вместе с будущими отцами или близкими родственниками.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью не более 10 - 15 человек, желательно объединять женщин с одинаковыми сроками беременности.

Для активного привлечения будущих отцов, а также других членов семьи на занятия по подготовке к деторождению в женских консультациях необходимо обеспечить доступную информацию о программах и времени проведения занятий.

Программа занятий с беременными в "Школе материнства"

Занятие 1

I. Анатомо-физиологические изменения в организме матери во время беременности:

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы

2. Женские и мужские половые клетки

3. Развитие внутриутробного плода

3.1. Оплодотворение

3.2. Первые признаки беременности

3.3. Развитие плода по месяцам беременности, его реакции на внешние раздражители

3.4. Роль плаценты и амниотических вод в жизнеобеспечении плода

3.5. Физиологические изменения в организме женщины, периоды беременности

4. Факторы риска беременности

4.1. Что такое факторы риска?

4.2. Влияние здоровья родителей на здоровье будущего ребенка

4.3. Роль наследственности

4.4. Алкоголь, курение, прием наркотических и токсических веществ родителями как вредный фактор риска патологии плода

4.5. Влияние других неблагоприятных факторов на плод (производственных, инфекционных, лекарственных, радиационных и др.)

4.6. Осложнения беременности

5. Медицинское наблюдение

5.1. Важность раннего обращения беременной в женскую консультацию

5.2. Частота посещений врача акушера-гинеколога, акушерки

5.3. Необходимость выполнения обязательного объема медицинского обследования во время беременности

5.4. Знакомство с современными инструментальными методами слежения за состоянием здоровья матери и плода

5.5. Обучение беременных некоторым тестам для оценки развития беременности и состояния плода.

Занятие 2

II. Гигиенические правила в период беременности:

1. Изменение образа жизни

1.1. Рекомендации по режиму труда, в т.ч. домашней работы. Законодательные права беременной

1.2. Режим дня

1.3. Половая жизнь

2. Питание

2.1. Понятие о калорийности пищи и сбалансированном рационе продуктов питания

2.2. Прием жидкости

2.3. Роль витаминов и микроэлементов для здоровья матери и плода

2.4. Особенности питания при патологических состояниях (ранний токсикоз, запоры, гипертензия, заболевание почек и др.)

3. Личная гигиена

3.1. Значение соблюдения чистоты тела (уход за кожей, зубами, молочными железами, половыми органами и др.)

3.2. Одежда, обувь, белье

3.3. Роль грудного вскармливания до 6 месяцев жизни ребенка

3.4. Использование природных факторов для закаливания и оздоровления организма женщины

4. Роль гигиенической гимнастики в период беременности

4.1. Обучение комплексу физических упражнений в зависимости от срока беременности

4.2. Обучение умению расслабляться ("быстрый отдых")

5. Особенности психоэмоционального состояния беременной

5.1. Психологическая адаптация женщины к беременности

5.2. Роль семьи в психологической и физической поддержке женщины во время беременности, родов и после рождения ребенка.

Занятие 3

III. Подготовка к "родам без страха":

1. Календарные сроки наступления родов

2. Предвестники родов

3. Подготовка к поступлению в родильный дом

4. Периоды родов и их продолжительность

5. Поведение во время родов

5.1. Значение правильного и спокойного поведения женщины в родах

5.2. Роль партнерства в родах

5.3. Доверие к медицинскому персоналу и необходимость выполнения всех его рекомендаций

5.4. Обучение различным способам дыхания для благополучного течения родов

5.5. Обучение приемам обезболивания родов

5.6. Аутотренинг и точечный самомассаж для укрепления психоэмоционального состояния в родах

6. Первые часы после родов. Значение раннего прикладывания ребенка к груди в родильном зале

7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде

8. Контрацепция после родов

9. Законодательные права материнства.

Программа занятий врача-педиатра с беременными

в "Школе материнства"

Занятие 1

I. Ребенок родился:

1. Признаки доношенного ребенка

2. Анатомо-физиологические особенности новорожденного

3. Гормональный криз у новорожденных

4. Значение совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме

5. Правила личной гигиены при общении с новорожденным

6. Техника прикладывания ребенка к груди

7. Советы по подготовке комплекта белья для новорожденного при выписке из родильного дома

Занятие 2

II. Уход за новорожденным в семье:

1. Подготовка и гигиена "уголка" ребенка в семье

2. Предметы ухода за ребенком

3. Правила ухода за ребенком

3.1. Туалет ребенка, его купание

3.2. Уход за кожей и пупочной ранкой

3.3. Свободное пеленание

3.4. Режим дня

4. Вскармливание новорожденного

4.1. Роль грудного вскармливания в формировании здоровья ребенка

4.2. Значение контрольного взвешивания ребенка при грудном вскармливании

4.3. Питье новорожденного

4.4. Искусственное вскармливание

5. Влияние вредных факторов на здоровье ребенка

5.1. Недопустимость вредных привычек в семье (курение, алкоголь, прием наркотических и токсических веществ)

6. Советы и обучение выполнению медицинских рекомендаций

6.1. Приемы массажа и элементы гимнастики у новорожденного

6.2. Техника измерения температуры

6.3. Пользование очистительной клизмой и газоотводной трубкой

6.4. Пользование грелкой, применение согревающих компрессов

6.5. Подготовка и техника дачи лекарств при назначении врача, опасность самолечения.

Интерьер кабинета для проведения групповых занятий должен создавать у слушателей психологический комфорт. Рекомендуется иметь кушетки или удобные кресла, набор рисунков и таблиц, слайдоскоп, магнитофон, аудиокассеты со специальными музыкальными программами и др.

Целесообразно обеспечить возможность самостоятельного просмотра видеокассет по проблемам гигиены беременных, семейной подготовки к родам, правилам грудного вскармливания, ухода за новорожденным, контрацепции после родов и т.д.

Организация наблюдения родильниц

В связи с ранней выпиской родильниц акушерка женской консультации осуществляет активный патронаж родильниц на дому - (на 2 - 3 сутки после выписки) с последующим патронажем врача акушера-гинеколога по показаниям, в т.ч. после оперативного родоразрешения. Информация о родильнице передается в виде телефонограммы в женскую консультацию из родильного дома (отделения), где произошли роды.

При первом посещении родильницы врач акушер-гинеколог знакомится с выпиской из стационара о течении и исходе родов, выявляет жалобы, характер лактации и обращает внимание на состояние молочных желез, брюшной стенки и характер лохий. Влагалищное исследование (с тщательным соблюдением правил асептики и антисептики) производится по показаниям.

У всех родильниц выясняется вопрос об особенностях лактации. Следует убеждать женщину в необходимости исключительно грудного вскармливания в первые 4 - 6 месяцев жизни младенца, учитывая важную роль материнского молока в формировании здоровья ребенка. В послеродовом периоде осуществляется подбор метода контрацепции. При этом необходимо разъяснить достоинства и недостатки выбранного метода с учетом грудного вскармливания. Следует уделить внимание возможности использования метода лактационной аменореи.

Порядок наблюдения женщин в послеродовом периоде при нормальном и осложненном течении содержится в "Схемах динамического наблюдения беременных женщин и родильниц" (Приложение N 2).

Родильницы с осложненным течением послеродового периода, не явившиеся в установленные врачом сроки в женскую консультацию, подлежат патронажу на дому.

В случае родов на дому родильница с новорожденным бригадой скорой медицинской помощи госпитализируется в родильный дом. При отказе от госпитализации врач акушер-гинеколог женской консультации производит осмотр родильницы на дому с занесением данных и назначений в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" с последующим ее посещением через 2 - 3 дня. Врач-педиатр осматривает новорожденного и приглашает родильницу на прием в детскую поликлинику, где выдается "Медицинское свидетельство о рождении (с корешком)". При рождении мертвого ребенка или смерти его в течение 168 часов после родов "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (с корешком)" выдается врачом патологоанатомом или врачом судебно-медицинской экспертизы после проведения патолого-анатомического или судебно-медицинского исследования.

Сведения о родах, данные осмотра и проведенных исследований родильницы, назначения и сведения о методе контрацепции заносятся в "Индивидуальную карту беременной и родильницы". В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: "Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы", выписной эпикриз из родильного дома (отделения) и др.

Медицинская документация в течение послеродового периода хранится в специальной ячейке картотеки.

Оказание амбулаторной помощи женщинам

с гинекологическими заболеваниями

Амбулаторная гинекологическая помощь населению ориентирована на профилактику и диагностику нарушений репродуктивного здоровья женщин, онкологических и гинекологических заболеваний и их осложнений.

Профилактика и диагностика гинекологических заболеваний

Выявление гинекологических заболеваний осуществляется в женской консультации или другом лечебно-профилактическом учреждении, при осмотре женщин на дому (по вызову), при проведении профилактических осмотров. На каждую женщину, обратившуюся или направленную в женскую консультацию, заводится "Медицинская карта амбулаторного больного".

Жалобы, данные анамнеза, пальпации молочных желез, результаты гинекологического осмотра, дополнительных обследований (цитологический и бактериологический скрининг), произведенные манипуляции, назначения и установленный диагноз заносятся в "Медицинскую карту амбулаторного больного". Заключительный диагноз регистрируется в "Статистическом талоне для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов".

Лечение гинекологических больных проводится в основном в женских консультациях или специализированных лечебно-профилактических учреждениях при выявлении соответствующих заболеваний (онкологический, противотуберкулезный, кожно-венерологический диспансеры и др.). Лечебные процедуры выполняются акушеркой (процедурной медицинской сестрой). Процедурный кабинет, для работы в котором выделяется специальная медицинская сестра, работает в 2 смены. Процедуры регистрируются в "Журнале учета процедур".

Перечень малых гинекологических операций и манипуляций

для выполнения в дневном стационаре

- аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;

- гистеросальпингография, кимопертубация и гидротубация;

- гистероскопия;

- ножевая биопсия шейки матки;

- деструктивные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки (диатермокоагуляция, криодеструкция, лазерная коагуляция) при отсутствии злокачественного процесса, гистологически подтвержденного;

- удаление полипа цервикального канала и шейки матки с одновременным выскабливанием слизистой цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием;

- выскабливание цервикального канала при удаленной матке;

- удаление небольших размеров кист влагалища;

- рассечение девственной плевы, полностью закрывающей вход во влагалище;

- операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации;

- удаление и введение контрацептивных имплантов;

- внутривенный наркоз, проведенный врачом анестезиологом;

- местная инфильтрационная анестезия;

- парацервикальная анестезия.

С этой целью в консультации рекомендуется иметь малую операционную и комнату временного пребывания больных (стационар дневного пребывания). В необходимых случаях медицинская помощь гинекологическим больным может быть оказана на дому (осмотр, анализы, инъекции, консультации). Операции и манипуляции регистрируются в "Журнале записи амбулаторных операций".

При наличии показаний к стационарному лечению женщинам выдают направление на госпитализацию с указанием диагноза, результатов проведенного обследования.

После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках реабилитации с учетом рекомендаций, указанных в выписном эпикризе. Излечение женщины подтверждается данными проведенного обследования, после чего она снимается с учета.

Значительная часть гинекологических больных нуждается в динамическом контроле (Приложение N 3).

Контроль за качеством медицинской помощи гинекологическим больным осуществляет главный врач (заведующий) женской консультации. С этой целью в течение месяца просматривается медицинская документация около 50% пациенток, принятых врачом акушером-гинекологом, проводится экспертиза ведения "Контрольных карт диспансерного наблюдения" и "Медицинских карт амбулаторного больного". При этом оценивается соблюдение регулярности осмотров, объема проведенных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, наличие эпикризов, а также эффективность проведенного лечения.

В целях раннего выявления злокачественных новообразований рекомендуется проводить ежегодные профилактические осмотры женщин, которые включают осмотр и пальпацию молочных желез, осмотр и пальпацию живота, периферических лимфоузлов, осмотр в зеркалах шейки матки и влагалища, бимануальное обследование матки и придатков, пальцевое обследование прямой кишки женщинам старше 40 лет или при наличии жалоб. Результаты профилактического осмотра заносятся в "Медицинскую карту амбулаторного больного".

Женщинам старше 30 лет, впервые обратившимся в женскую консультацию, проводится цитологическое исследование мазков из цервикального канала и шейки матки. При взятии мазков, как и при проведении влагалищного исследования, используется разовый инструментарий и перчатки.

Рекомендуется проводить осмотр и пальпацию молочных желез у всех пациенток при обращении в женскую консультацию. Ежегодному осмотру подлежат женщины старше 30 лет. Осмотр проводят в положении стоя, сначала с опущенными, а затем с поднятыми руками. Оценивается контур, величина, симметричность, состояние кожных покровов молочных желез, выявляется смещение, асимметрия, деформация, изменение уровня расположения соска, сморщивание участка кожи, отечность или гиперемия, наличие выделения из соска.

Пальпация молочных желез проводится легким прикосновением пальцев в вертикальном и горизонтальном положениях женщины. Пальпируются шейные, подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы.

Доступным методом раннего выявления патологии молочных желез является самообследование. Использованию этой методики рекомендуется обучить каждую женщину. Это может осуществлять средний медицинский работник, прошедший специальную подготовку.

Особого наблюдения требуют женщины в возрасте 40 лет и старше, а также относящиеся к группе риска по развитию рака молочной железы, у которых имеются: доброкачественная дисплазия молочной железы; рак молочной железы в семейном анамнезе; стресс; аборт в раннем репродуктивном возрасте (до 18 лет), частые аборты, сокращение сроков лактации; ранее менархе, поздние первые роды или их отсутствие, поздняя менопауза; нейроэндокринные заболевания, гиперпластические процессы, эндо- и миометрия и др.; травма молочной железы.

Неблагополучная экологическая обстановка, социальные потрясения также являются факторами риска возникновения указанной патологии.

Важное значение в профилактике онкопатологии имеет преемственность в деятельности женской консультации, онкологического диспансера и других лечебно-профилактических учреждений, в связи с чем женские консультации рекомендуется оснастить маммографом, а также специальным датчиком (5 МГц) к ультразвуковому аппарату для исследования молочных желез.

При подозрении на онкопатологию врач акушер-гинеколог направляет женщину на консультацию к врачу-онкологу по месту жительства, который в дальнейшем осуществляет за ней наблюдение.

Оказание специализированных видов

акушерско-гинекологической помощи

Специализированная помощь организуется в крупных женских консультациях (при наличии 8 и более акушерско-гинекологических участков), в специализированных родильных домах (отделениях), на базах кафедр образовательных медицинских учреждений и НИИ акушерско-гинекологического профиля.

Вопрос об организации специализированных видов акушерско-гинекологической помощи решают местные органы управления здравоохранением. Виды специализированной помощи, уровень ее размещения определяются исходя из наличия контингента беременных или гинекологических больных, соответствующих специалистов с необходимым уровнем подготовки, состояния материально-технической базы акушерско-гинекологических учреждений. Посещаемость врачей акушеров-гинекологов, ведущих специализированный прием, составляет примерно 12% от общего объема посещений врачей акушеров-гинекологов.

Для работы в специализированных отделениях (кабинетах) должны привлекаться опытные (стаж работы не менее 5 лет) врачи акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку.

Рекомендуется организовывать следующие виды специализированной помощи:

- невынашивание беременности;

- экстрагенитальные заболевания у беременных;

- гинекологические заболевания у девочек до 18 лет;

- бесплодие;

- патология шейки матки;

- планирование семьи.

В женских консультациях целесообразно организовать работу с прикрепленным населением путем создания кабинета специализированной помощи для женщин старше 40 лет с возможностями обследования и коррекции менопаузальных расстройств. Эта работа проводится врачами или специально подготовленными акушерками в индивидуальном порядке. Основной задачей является сохранение здоровья и улучшение качества жизни у женщин старшего возраста путем проведения консультативно-диагностической, лечебной, оздоровительной и санитарно-просветительной работы.

Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях

дневного стационара

Дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях (женская консультация), стационары (отделения, палаты) дневного пребывания в родильных домах (отделениях), гинекологических отделениях многопрофильных больниц организуются в целях улучшения качества медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, не требующим круглосуточного наблюдения и лечения. При ухудшении состояния больные женщины переводятся в соответствующие отделения больницы.

Дневные стационары организуются при женских консультациях, родильных домах (отделениях), перинатальных центрах, клинических базах профильных НИИ и кафедр образовательных медицинских учреждений, имеющих соответствующую материально-техническую базу и кадры.

Рекомендуемая мощность дневного стационара не менее 5 - 10 коек. Для обеспечения полноценного лечебно-диагностического процесса длительность пребывания больной в дневном стационаре должна быть не менее 6 - 8 часов.

Стационар осуществляет преемственность в обследовании, лечении и реабилитации больных с другими учреждениями здравоохранения.

Руководство дневным стационаром осуществляет главный врач (заведующий) учреждения, на базе которого организуется данное структурное подразделение.

Штаты медицинского персонала и режим работы дневного стационара женской консультации определяются в зависимости от объема оказываемой помощи.

На пациенток дневного стационара заводится "Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице".

Диагностика и лечение пациенток осуществляется согласно отраслевым стандартам объемов акушерско-гинекологической помощи.

При выписке беременных или гинекологических больных сведения о проведенном лечении с необходимыми рекомендациями передаются врачу, который направил больную на лечение.

Показания к пребыванию гинекологических больных

в дневных стационарах

1. Воспалительные болезни женских тазовых органов:

- хронический сальпингит и оофорит;

- хроническая воспалительная болезнь матки;

- воспалительная болезнь шейки матки;

- хронический параметрит и тазовый целлюлит;

- тазовые перитонеальные спайки у женщин;

- другие воспалительные болезни влагалища или вульвы;

- изъязвления и воспаления вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках.

2. Невоспалительные болезни женских половых органов:

- эндометриоз матки;

- эндометриоз яичников;

- эндометриоз тазовой брюшины;

- эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища;

- эндометриоз кишечника;

- киста желтого тела;

- полип шейки матки;

- полип влагалища;

- внутриматочные синехии;

- эрозия и эктропион шейки матки;

- дисплазия шейки матки;

- дисплазия влагалища;

- лейкоплакия влагалища;

- отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации;

- обильные, частые и нерегулярные менструации;

- синдром предменструального напряжения;

- первичная дисменорея;

- вторичная дисменорея;

- женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции;

- женское бесплодие трубного происхождения;

- женское бесплодие маточного происхождения;

- женское бесплодие цервикального происхождения;

- другие формы женского бесплодия;

- женское бесплодие неуточненное.

3. Обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции:

- меры по восстановлению репродуктивной функции после прерывания беременности.

Обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи

и профилактике абортов

Женская консультация наряду с центром планирования семьи и репродукции является важным звеном в работе по профилактике абортов, обеспечению консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и индивидуального подбора средств и методов контрацепции.

Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Прием осуществляется по графику. Время на прием пациента не ограничивается и определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Специализированный кабинет (прием) по планированию семьи оснащается аудио- и видеотехникой, с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по вопросам планирования семьи и профилактики абортов. Для удобства населения специализированный прием рекомендуется проводить в утренние и вечерние часы.

При первоначальном консультировании особое внимание уделяется общему и репродуктивному анамнезу, выявляется наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, особенно инфекций, передаваемых половым путем, число беременностей, родов, абортов, а также степень осведомленности пациентки о методах контрацепции. Выясняются также сведения о состоянии здоровья мужа (партнера). Врач информирует пациентку о всех методах контрацепции (механизм действия, эффективность, возможные побочные эффекты и т.д.), помогает выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции с учетом состояния ее здоровья, желания и планов на деторождение.

Консультирование по конкретно выбранному методу включает подробный инструктаж по использованию данного метода, возможным побочным эффектам и осложнениям, рекомендации по наблюдению у врача и сроках его посещения. На повторных приемах выясняется степень удовлетворенности пациентки используемым методом, оценивается правильность его применения и эффективность, наличие побочных явлений. При наличии осложнений или по желанию женщины подбирается другой метод контрацепции.

Консультирование, обследование и лечение пациентов, обратившихся по вопросам планирования семьи, проводится согласно действующим стандартам.

Порядок и объем обследования (общего, гинекологического, лабораторного) для назначения метода контрацепции и направления женщин для прерывания беременности, а также динамическое наблюдение женщин, прервавших беременность, представлен в Приложении N 3. Результаты обследования и сведения о назначенном методе контрацепции заносятся в "Медицинскую карту амбулаторного больного".

Введение и удаление имплантов, операции искусственного прерывания беременности ранних сроков рекомендуется проводить в малой операционной; введение инъекционных контрацептивов - в процедурном кабинете.

В сложных случаях, требующих более квалифицированного обследования и лечения, врач направляет пациенток в территориальные центры планирования семьи и репродукции.

Врач акушер-гинеколог на общем или специализированном приеме оформляет на женщин, использующих внутриматочные и гормональные (оральные, инъекционные, импланты) средства, "Контрольную карту диспансерного наблюдения" и осуществляет динамическое наблюдение за этими пациентками.

Особое внимание требует группа пациенток, имеющих повышенный риск наступления нежелательной беременности. К ним относятся женщины после родов и прерывания беременности, пациентки с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, подростки и др.

В программу занятий с беременными по подготовке к родам необходимо включать беседы о методах контрацепции с целью информации и выработки у женщин мотивации к их использованию после родов. Женщинам, получающим направление на прерывание беременности, рекомендуется обязательное посещение врача акушера-гинеколога после прерывания беременности для подбора метода контрацепции и проведения рекомендованных стационаром реабилитационных мероприятий.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, может осуществляться путем выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

Работа по планированию семьи в центральных районных больницах (ЦРБ) возлагается на врачей акушеров-гинекологов. Они также организуют и курируют работу среднего медицинского персонала участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

Проведение консультирования пациентов, подбор методов контрацепции, отбор женщин на консультацию к врачу акушеру- гинекологу, наблюдение за женщинами после родов и прерывания беременности возлагается на акушерок (фельдшеров, медицинских сестер), прошедших специальную подготовку. Они ведут учет работы и распространяют контрацептивы.

Врач акушер-гинеколог проводит образовательные программы с населением по проблеме планирования семьи и профилактики абортов, в том числе через средства массовой информации.

Врачи акушеры-гинекологи повышают свою квалификацию по вопросам планирования семьи в центрах планирования семьи и репродукции и других специализированных профильных учреждениях.

Критериями эффективности работы по планированию семьи и профилактике абортов являются следующие показатели:

- абсолютное число абортов, в т.ч. у женщин различных возрастных групп;

- число абортов на 1000 женщин фертильного возраста;

- число абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми;

- число абортов у первобеременных: абсолютное число и в процентах к общему числу абортов;

- число криминальных абортов;

- число самопроизвольных абортов;

- число женщин, использующих методы контрацепции на 1000 женщин фертильного возраста, в т.ч.: гормональные контрацептивы, внутриматочные средства, медицинская стерилизация;

- число женщин, умерших после абортов, из них после начатых и начавшихся вне лечебного учреждения.

Для оценки эффективности работы по планированию семьи наряду с анализом динамики показателей следует проводить опрос клиентов об удовлетворенности оказываемой помощью.

Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению

Основной задачей акушерско-гинекологической помощи в сельской местности является приближение врачебной помощи к жительницам села, преемственность в работе отдельных ее звеньев, совершенствование форм, методов профилактической работы, динамического наблюдения и медико-социальной помощи.

Амбулаторно-поликлиническую акушерско-гинекологическую помощь на селе оказывают женские консультации районных, центральных районных больниц, в акушерско-гинекологических кабинетах сельских врачебных амбулаторий, ФАПах. Консультативная, в основном специализированная, помощь обеспечивается акушерско-гинекологическими отделениями республиканских, областных больниц, перинатальных центров, в том числе на базах профильных кафедр образовательных медицинских учреждений и НИИ.

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат женщины старше 18 лет, проживающие или работающие в учреждениях и организациях, расположенных на территории обслуживания лечебно- профилактического учреждения.

При проведении профилактических гинекологических осмотров рекомендуется использование цитологического и кольпоскопического методов. Среди женщин выделяются пациентки, требующие лечения или динамического наблюдения. Каждой акушеркой ведется специальная картотека диспансерных гинекологических больных. В "Контрольной карте динамического наблюдения" указывается дата последующего осмотра, назначенная врачом акушером-гинекологом, и дата его фактического проведения.

Дубликаты этих карт находятся у врача акушера-гинеколога района, который отвечает за качество лечения и наблюдения больных. Больные могут быть вызваны для осмотра врачом в районную больницу или осмотрены при выездах врачебных бригад.

Особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам в сельской местности является этапность ее оказания, позволяющая предоставлять различный объем и уровень медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы. В ряде случаев эту помощь оказывает средний медперсонал.

На I этапе амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь жительницам села оказывается акушерками ФАПов и участковых больниц, врачами общей практики.

Эта работа в основном носит профилактический характер в целях предупреждения осложнений беременности и возникновения гинекологических заболеваний.

Здоровые женщины с неосложненным течением беременности могут постоянно находиться под динамическим наблюдением акушерок, посещая врача акушера-гинеколога женской консультации ЦРБ, районной больницы или выездной врачебной бригады 6 - 8 раз за время беременности. Объем медицинского обследования на I этапе соответствует требованиям, предъявляемым к ФАПам и участковым больницам.

На II этапе амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается женскими консультациями районных, центральных районных больниц, территориальных медицинских объединений государственного и муниципального подчинения. На этом этапе обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводятся консультации другими специалистами, после чего составляется индивидуальный план наблюдения за беременными для медицинского персонала первого этапа; за беременными группы риска устанавливается динамическое наблюдение, в необходимых случаях решается вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности.

Беременные и гинекологические больные, нуждающиеся в специальном обследовании и лечении, направляются на III и IV этапы в женские консультации, поликлиники и стационары республиканских, областных больниц, перинатальных центров, научно-исследовательские учреждения Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российской академии медицинских наук и профильные кафедры высших учебных заведений, базы которых имеют соответствующее материально- техническое обеспечение. На этих этапах оказывается консультативная и лечебная помощь в основном беременным группы риска и гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, которые не могут быть проведены на предыдущих этапах. Беременным проводятся клинико-диагностические исследования (гормональные, биохимические, микробиологические, иммунологические и функциональные методы) для определения состояния плода.

Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов врачебная акушерско-гинекологическая помощь оказывается также выездными бригадами, в состав которых могут входить врач акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра.

Работу врача акушера-гинеколога выездной бригады координирует районный врач акушер-гинеколог. График выезда бригады медицинских работников доводится до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами. Фельдшер и акушерка имеют список женщин участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.

Врач акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады:

- проводит профилактический осмотр женщин, их лабораторное обследование;

- обследует беременных и гинекологических больных;

- обучает женщин методам и средствам контрацепции;

- оказывает при необходимости экстренную медицинскую помощь при акушерско-гинекологической патологии;

- проводит беседы или лекции для населения.

Свою деятельность врач акушер-гинеколог выездной бригады фиксирует в документации того учреждения, на базе которого он работает. При повторном выезде врач акушер-гинеколог проверяет выполнение акушеркой ФАП назначений и рекомендаций.

Справки о необходимости перевода на более легкую работу или о предоставлении отпуска по беременности и родам, листки нетрудоспособности в связи с выявленной патологией выдаются женщинам врачами акушерами-гинекологами или акушерками, наблюдающими за ними.

В сельских медицинских учреждениях ведутся специальные журналы для замечаний и рекомендаций районного врача акушера-гинеколога, врача акушера-гинеколога выездной бригады, старшей акушерки района (там, где она выделена), других специалистов.

Руководство деятельностью акушерско-гинекологическими учреждениями в районе осуществляется заместителем главного врача ЦРБ по детству и родовспоможению. Организационно-методическое руководство осуществляется главным акушером-гинекологом района - квалифицированным специалистом, прошедшим подготовку по вопросам организации акушерско-гинекологической помощи.

Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам,

работающим на промышленных предприятиях

Врачи акушеры-гинекологи женских консультаций проводят в прикрепленных организациях весь комплекс лечебно-профилактической работы. В организациях, где сохранены медико-санитарные части, акушерско-гинекологическую помощь оказывает врач акушер-гинеколог цехового врачебного участка.

Экспертиза временной нетрудоспособности в женской консультации осуществляется врачом акушером-гинекологом, назначенным главным врачом (заведующим) женской консультации.

Для статистического анализа временной нетрудоспособности используется отчетная форма N 16-ВН, адаптированная к МКБ-10.

Список болезней и состояний по МКБ-10

КОД

A18.1 - туберкулез мочеполовых органов

A34 - акушерский столбняк

A50 - врожденный сифилис

A51 - ранний сифилис

A52 - поздний сифилис

A53 - другие и неуточненные формы сифилиса

A54 - гонококковая инфекция

A56 - другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем

A59 - трихомоноз

A59.0 - урогенитальный трихомоноз

A60 - аногенитальная герпетическая вирусная инфекция

A63 - другие болезни, передаваемые преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках

B15 - острый гепатит A

B16 - острый гепатит B

B17 - другие острые вирусные гепатиты

B18 - хронический вирусный гепатит

B19 - вирусный гепатит неуточненный

B20 - болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней

B25 - цитомегаловирусная инфекция

B37.3 - кандидоз вульвы и вагины

B58 - токсоплазмоз

C50 - злокачественное новообразование молочной железы

C51 - злокачественное новообразование вульвы

C52 - злокачественное новообразование влагалища

C53 - злокачественное новообразование шейки матки

C54 - злокачественное новообразование тела матки

C55 - злокачественное новообразование матки неуточненной локализации

C56 - злокачественное новообразование яичника

C57 - злокачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов

C58 - злокачественное новообразование плаценты

Д24 - доброкачественное новообразование молочной железы

Д25 - лейомиома матки

Д25.0 - подслизистая лейомиома матки

Д26 - другие доброкачественные новообразования матки

Д27 - доброкачественное новообразование яичника

Д28 - доброкачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов

N60 - доброкачественная дисплазия молочной железы

N61 - воспалительные болезни молочной железы

N64 - другие болезни молочной железы

N70 - сальпингит и оофорит

N71 - воспалительная болезнь матки, кроме шейки маки

N72 - воспалительная болезнь шейки матки

N73 - другие воспалительные болезни женских тазовых органов

N75 - болезни бартолиновой железы

N76 - другие воспалительные болезни влагалища и вульвы

N80 - эндометриоз

N81 - выпадение женских половых органов

N82 - свищи с вовлечением женских половых органов

N83 - невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки

N83.0 - фолликулярная киста яичника

N83.1 - киста желтого тела

N83.2 - другие и неуточненные кисты яичника

N84.0 - полип тела матки

N84.1 - полип шейки матки

N85 - другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки

N86 - эрозия и эктропион шейки матки

N87 - дисплазия шейки матки

N88 - другие невоспалительные болезни шейки матки

N88.0 - лейкоплакия шейки матки

N89 - другие невоспалительные болезни влагалища

N90 - другие невоспалительные болезни вульвы и промежности

N91 - отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации

N92 - обильные, частые и нерегулярные менструации

N93 - другие аномальные кровотечения из матки и влагалища

N95 - нарушение менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде

N96 - привычный выкидыш

N97 - женское бесплодие

O00 - внематочная (эктопическая) беременность

O01 - пузырный занос

O03 - самопроизвольный аборт

O04 - медицинский аборт

O05 - другие виды аборта

O06 - аборт неуточненный

O08 - осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью

O10 - существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

O11 - существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией

O12 - вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии

O13 - вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии

O14 - вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией

O15 - эклампсия

O16 - гипертензия у матери неуточненная

O20 - кровотечение в ранние сроки беременности

O20.0 - угрожающий аборт

O21 - чрезмерная рвота беременных

O22 - венозные осложнения во время беременности

O23 - инфекции мочеполовых путей при беременности

O24 - сахарный диабет при беременности

O25 - недостаточность питания при беременности

O40 - многоводие

O44 - предлежание плаценты

O45 - преждевременная отслойка плаценты

O45.0 - преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови

O46 - дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках

O47 - ложные схватки

O60 - преждевременные роды

O72 - послеродовое кровотечение

O82 - роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения

O85 - послеродовой сепсис

Перечень

первичной медицинской документации, используемый

в женской консультации

1. Медицинская карта амбулаторного больного

2. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

3. Талон на прием к врачу

4. Талон амбулаторного пациента

5. Талон амбулаторного пациента (сокращенный вариант)

6. Единый талон амбулаторного пациента

7. Талон на законченный случай временной нетрудоспособности

8. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного

9. Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты

10. Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице

11. Журнал учета процедур

12. Контрольная карта диспансерного наблюдения

13. Книга записи вызова врача на дом

14. Журнал записи родовспоможений на дому

15. Журнал для записи заключений ВКК

16. Кодировочный талон

17. Книга регистрации листков нетрудоспособности

18. Журнал учета санитарно-просветительной работы

19. Ведомость учета посещений поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации и на дому

20. Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, ФАП, колхозного родильного дома

21. Карточка предварительной записи на прием к врачу

22. Карта больного, лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

23. Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

24. Журнал записи рентгенологических исследований

25. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

26. Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью

27. Журнал записи амбулаторных операций

28. Справка для получения путевки в санаторно-курортное учреждение, дом отдыха, пансионат, турбазу

29. Санаторно-курортная карта для взрослых и подростков

30. Журнал регистрации амбулаторных больных

31. Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП, колхозных родильных домов

32. Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу

33. Книга записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения

34. Направление на медико-социальную экспертизу

35. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки, трахомы

36. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного заболевания

37. Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией, абортом

38. Рецепт

39. Рецепт на право получения лекарства, содержащего наркотические вещества (специальный рецептурный бланк)

40. Индивидуальная карта беременной и родильницы

41. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы

42. Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)

43. Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделении (кабинете) функциональной диагностики

44. Направление на анализ

45. Направление на гематологический, общеклинический анализ

46. Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинно-мозговой жидкости

47. Направление на цитологическое исследование и результат исследования

48. Направление на исследование крови на резус-принадлежность и резус-антитела и результат исследования

49. Журнал регистрации серологических исследований

50. Листок нетрудоспособности

Социально-правовая помощь

Оказание социально-правовой помощи в женской консультации является одним из звеньев в системе мер по охране материнства и детства. Эта работа осуществляется юрисконсультом, который непосредственно подчиняется руководителю учреждения. Свою работу юрисконсульт организует в соответствии с действующим законодательством.

Должность юрисконсульта предусматривается в женских консультациях с числом врачебных должностей от 11 и 0,5 должности на женскую консультацию от 5 до 10 врачебных должностей <\*>. Вместе с тем, руководитель учреждения может вводить должность данного специалиста в штат консультации любой мощности.

--------------------------------

<\*> Приказ Минздрава России от 22.05.01 N 165 "Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при учреждениях здравоохранения". В гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 02.07.2001 N 07/6619-ЮД.

Дни и часы работы юрисконсульта должны быть известны женщинам и специалистам. Работа носит индивидуальный, иногда групповой характер. Женщины могут направляться на прием к юрисконсульту врачами акушерами-гинекологами и другими специалистами или обращаться самостоятельно.

Сведения о пациентках и принятых решениях заносятся в "Книгу записей работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждения здравоохранения".

В женской консультации могут быть созданы специальные стенды или организованы групповые беседы по правовым вопросам. Юрисконсульт составляет ежегодные отчеты о своей деятельности и представляет руководителю учреждения.

Приложение N 2

Утверждены

Приказом Минздрава России

от 10 февраля 2003 г. N 50

СХЕМЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

Динамическому наблюдению подлежат все беременные, начиная с первой явки по поводу беременности, и родильницы.

При физиологическом течении беременности практически здоровой женщине рекомендуется повторно посетить врача акушера-гинеколога с результатами анализов и заключениями врачей через 7 - 10 дней после первого обращения, а затем 1 раз в месяц до 28 нед. беременности; после 28 нед. беременности - 2 раза в месяц. Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом может быть установлена до 6 - 8 раз (до 12 нед., 16 нед., 20 нед., 28 нед., 32 - 33 нед., 36 - 37 нед.) при условии регулярного наблюдения специально подготовленной акушеркой.

При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает.

Объем обследования беременных с акушерской, экстрагенитальной патологией и наличием факторов риска включает также перечень исследований, указанный при физиологической беременности.

В последующих разделах приведены согласно диагнозу частота наблюдения врачом акушером-гинекологом, осмотр других специалистов, лабораторные и другие исследования, основные лечебно-оздоровительные мероприятия, показания к госпитализации.

СХЕМЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Диагноз  | Частота наблюдения врачом акушером- гинекологом  | Осмотр врачами других специальностей |  Лабораторные и другие исследования  |  Основные  лечебно-оздоровительные  мероприятия  |  Показания к госпитализации |
|  1  |  2  |  3  |  4  |  5  |  6  |
|  I. Физиологическая беременность  |
|  | За время беременнос-ти 10 раз: после первого осмотра явкачерез 7 - 10 дней с анализами, заключе- нием терапевта и других специалистов;в дальнейшем - 1 разв месяц до 28 нед., 2 раза в месяц - после 28 нед. бере- менности. Частота наблюдений может быть 6 - 8 раз при наблюдении акушеркойкаждые 2 недели, после 37 нед. - каждые 7 - 10 дней. При выявлении пато- логии частота посе- щений врача акушера-гинеколога возрас- тает  | Терапевт - 2 раза; окулист,отоларинголог,стоматолог - 1раз при первойявке, в даль- нейшем - по показаниям; другие спе- циалисты - по показаниям  | Клинический анализ крови 3 раза (при первом посещении, при сроке 18 и 30 нед.); анализ мочи при каждом посещении;микроскопическое исследование отделяемо-го влагалища 2 раза (при первом посеще- нии и сроке 30 нед.); группа крови и Rh-фактор; при резус-отрицательной при- надлежности - обследование мужа на груп-повую и Rh-принадлежность; анализ крови на RW - 3 раза (при первом посещении, сроке 30 нед., за 2 - 3 нед. до родов); анализ крови на ВИЧ - 2 раза (при первомпосещении и сроке 30 нед); УЗИ - 3 раза (при сроке 10 - 14 нед., 20 - 24 нед., 32 - 34 нед.). Исследование крови на АФП, ХГЧ в 16 - 20 нед. При первом посещении рекомендуется обследование на наличие возбудителей TORCH-комплекса и носительство вирусов гепатита B и C (тест на гепатит B и C повторяется в IIIтриместре). Тест шевеления плода с 28 нед.: оформление гравидограммы при каждом посещении  | Гигиена беременной: режим труда и отдыха; диета; физиопсихопрофилактическаяподготовка к родам; ультрафиолетовое облуче- ние; витаминотерапия; профилактика йоддефицитныхсостояний; бандаж  |  |
|  II. Беременность патологическая (акушерская патология)  |
| Рвота бе- ременных: - легкая или уме- ренная  | 1 раз в 10 дней  | То же  | Контроль за массой тела, диурезом, АД. Клинический анализ крови, гематокрит; ацетон и кетоновые тела в моче - 1 раз в2 нед.; биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, прямой и непрямой, электролиты - Na, K, Cl, глюкоза, креатинин) - 1 раз, по показа- ниям - чаще  | Диета (частое, дробное питание без ограничения жидкости); психотерапия, витамины, ангигистаминные препараты, противорвотные и седативные средства  | Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения  |
| - неукро- тимая или тяжелая  | -  | -  | -  | -  | Обследование и лечение в стационаре  |
| Отеки беременных | 2 раза в неделю. По исчезновении отеков - 1 раз в 1 нед.  | То же  | Контроль за массой тела, диурезом, АД. Клинический анализ крови; анализ мочи - 1 раз в 1 нед.; анализ суточной мочи на белок, исследование мочи по Нечипоренко,Зимницкому. Другие исследования - по показаниям  | Диета с ограничением соли и свободной жидкости; лечебно-охранительный режим, режим в домашних условиях (стационар на дому); витаминотерапия, растительные мочегонные средства  | Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения  |
| Протеину- рия и ги- пергензив-ные рас- стройства во время беремен- ности  | -  | -  | -  | -  | Необходимость стационарного лечения  |
| Невынаши- вание беремен- ности: - вне беремен- ности <\*> | В соответствии с графиком обследова- ния  | Эндокринолог, невропатолог, окулист, терапевт, генетик, физиотерапевт  | Клинический анализ крови, мочи. Измере- ние ректальной температуры; гистеро- сальпингография на 18 - 20-й день менст-руального цикла с измерением диаметра истмуса; 17-КС на 5-й день цикла и на 4-й день повышения ректальной температу-ры; бактериологическое и вирусологичес кое исследование отделяемого и мазков изцерквикального канала (цитомегаловирус- ная инфекция, генитальный герпес, хлами-дии, микоплазма) на 3 - 5-й день менст- руального цикла; исследование на TORCH- комплекс и Rh-принадлежность крови суп- ругов, определение групповых и Rh-анти- тел, биохимический анализ крови (глюко- за, общий белок), гемостазиограмма; ис- следование крови на наличие волчаночногоантикоагулянта (ВА) и антитела к ХГЧ, рентгенография черепа и турецкого седла по показаниям; гистероскопия (для выяв- ления внутриматочных синехий); медико- генетическое обследование, УЗИ органов малого таза; спермограмма  | -  | -  |
| - вне беремен- ности, обуслов- ленное гиперанд- рогенией  | То же  | То же  | Измерение ректальной температуры. Массо-ростовой коэффициент; определение уровня17-КС в моче, дегидроэпиандростерона (ДЭА), эстрадиола, ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, 17-гидроксипрогестерона в крови на 5 - 8-й день менструального цикла и II фазе - уровень эстрадиола и прогестерона; УЗИ органов малого таза. По показаниям - рентгенография черепа, турецкого седла; электроэнцефалограмма поля зрения; тест на толерантность к глюкозе; медико-генетическое обследова- ние; дифференциально-диагностические гормональные пробы для определения формы гиперандрогении  | Медикаментозное лечение в зависимости от клинико- патогенетических форм гиперандрогении. При гипе-рандрогении надпочечнико- вого генеза - глюкокорти- коидная терапия с 1-го дня менструального цикла и продолжается в течение беременности. Доза подби- рается под контролем 17-КС в моче (не более 0,5мг дексаметазона). При яичниковой форме гиперан- дрогении - гестагены во IIфазу менструального цикла в течение 2 - 3 циклов, стимуляция овуляции и глюкокортикоиды в индиви- дуальном режиме. При смешанной форме гиперанд- рогении - нормализация обменных процессов (сни- жение веса при ожирении), гестагены во II фазу менструального цикла в течение 2 - 3 циклов, глюкокортикоидная терапия в индивидуальном режиме  |  |
| - во времяберемен- ности: I триместр(до 12 нед.)  | 1 раз в 2 нед. с обязательным влага- лищным исследованиеми осмотром шейки матки в зеркалах  | Генетик, эндокринолог, физиотерапевт - по показа- ниям  | Клинический анализ крови, мочи. Изме- рение ректальной температуры до 11 нед.,исследование в моче ХГЧ - 1 раз в 2 нед., 17-КС в моче - 1 раз в 1 - 2 нед.,ДЭА в крови. Анализ крови на Rh-группо- вые антитела; бактериологическое и виру-сологическое исследование отделяемого и мазок из цервикального канала, гемоста- зиограмма, исследование крови на ВА и антитела к ХГЧ, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза). УЗИ матки  | Спазмолитические препа- раты; по показаниям - глюкокортикоиды в течение всего триместра беремен- ности под контролем экскреции 17-КС в моче; гестагены с 7 - 8 нед. прияичниковой и смешанной форме гиперандрогении и наступлении беременности после стимуляции овуляции:физиотерапия; иглорефлек- сотерапия; иммуноцитоте- рапия (лимфоцитами мужа). По показаниям при хрони- ческом вирусоносительстве иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап.  | Угроза прерывания беременности  |
| II три- местр (до 28 нед.)  | То же  | То же  | УЗИ при сроке 20 - 24 нед. Гемостазио- грамма. Исследование крови на ВА и анти-тела к ХГЧ. При наличии ВА и анти-ХГЧ - гемостазиограмма 1 раз в 2 - 3 нед. При гиперандрогении: исследование в моче 17-КС - 1 раз в 2 нед.; тонусометрия матки.Биохимический анализ крови (общий белок,глюкоза). Осмотр шейки матки с 12 нед. каждые 2 нед.  | Спазмолитические препа- раты; по показаниям - глюкокортикоиды под конт- ролем экскреции 17-КС в моче (при яичниковой формегиперандрогении до 20 нед., при надпочечниковой или сочетанной формах продолжить в III тримест- ре; при угрозе выкидыша - продолжить независимо от формы гиперандрогении); физиотерапия; бета-мимети-ки (партусистен, бриканил,сальбутамол, фенотерол); курс профилактической терапии плацентарной недостаточности с 18 нед. При наличии ВА под контро-лем гемостазиограммы анти-агреганты и/или антикоагу-лянты; иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап. при хронической вирусной инфекции  | Хирургическая коррекция при выявлении ист- микоцервикальнойнедостаточности (ИЦН) до 26 нед.беременности; угроза прерыва- ния беременности |
| III три- местр (с 28 нед.)  | 1 раз в 10 дней  | Терапевт - по показаниям  | УЗИ при сроке 32 - 34 нед. КТГ. допплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. При гиперандрогении - 17-КС в моче. Рентгенопельвиометрия после 38 нед. Механогистерография, тонусометрия матки по показаниям  | Спазмолитическая терапия; по показаниям; глюкор- тикоиды до 36 нед.; бета- миметики; физиотерапия; иглорефлексотерапия; курс профилактической терапии плацентарной недостаточ- ности при сроке 32 - 34 нед., человеческий иммуно-глобулин 3 раза через деньв/в кап.  | Угроза прежде- временных родов,подозрение на излитие око- лоплодных вод, плацентарная недостаточность  |
| - вне беремен- ности, обуслов- ленное инфекцион-ным генезом  | То же  | То же  | Микроскопическое исследование отделяе- мого влагалища: бактериологическое и вирусологическое исследование отделяе- мого и мазков из цервикального канала (цитомегаловирусиая инфекция, гениталь- ный герпес, хламидии, микоплазма); вирусурия; исследование крови на иммун- ный и шперфероновый статус; гистохими- ческое исследование лимфоцитов крови  | Антибактериальная терапия в сочетании с энзимотера- пией (вобэнзим, флогензим)с 1 по 7 день менструаль- ного цикла с одновременными аналогичным лечением мужа; с 7-го дня цикла в течение 2-х нед. прием иммуномодулирующих препа- ратов и индукторов интер- ферона (имунофан в/м черездень N 10); при недоста- точном эффекте терапии илипри сочетании с аутоиммун-ными нарушениями примене- ние плазмафереза или эндоваскулярное лазерное облучение крови  | То же  |
| во время беремен- ности: I триместр  | 1 раз в 2 нед.  | То же  | Дополнительно к объему рутинного обсле- дования: бактериологический и бактерио- скопический мониторинг отделяемого влагалища и цервикального канала 1 раз в2 - 3 нед.; исследование отделяемого из цервикального канала на наличие указанных выше вирусов  | Комплексы метаболической терапии 1 раз в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; иммуноци-тотарапия лимфоцитами мужа | То же  |
| - II три- местр  | То же  | То же  | Контроль за состоянием шейки матки каждые 2 нед.; при угрозе прерывания беременности или при коррекции ИЦН - микроскопический и бактериологический мониторинг отделяемого и мазков из вла- галища и цервикального канала 1 раз; приотсутствии угрозы или коррекции ИЦН - 1 раз в 2 - 3 нед.; вирусологическое исследование отделяемого цервикального канала; определение специфических анти- тел к вирусам ЦМВ и ВПГ; исследование в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16 - 20 нед.  | Своевременная коррекция истмикоцервикальной недо- статочности; антибакте- риальная и энзимотерапия по показаниям; комплексы метаболической терапии с интервалом в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день: про- тивовирусные препараты (виферон, интерферон альфа-2бетта 1 св. 2 раза в течение 10 дней), неспецифические иммуности-муляторы (женьшень, элеу- терококк); профилактика плацентарной недостаточ- ности. Санация влагалища по показаниям с использо- ванием эубиотиков  |  |
| - III три-местр  | То же  | То же  | Бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища 1 раз в 2 нед.; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала 1 раз в 2 нед.; определение специфических антител к ЦМВ и ВПГ; противоспалительные цитокины в крови и слизи из цервикального канала (по показаниям), УЗИ плода, допплеро- метрия и КТГ в динамике  | Комплекс метаболической терапии через 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; противо- вирусные препараты (свечи виферона 1 раз ежедневно втечение 10 дней) профилак-тика плацентарной недоста-точности. Санация влага- лища (по показаниям). Плазмаферез  | То же  |
| - вне бе- ремененно-сти, обус-ловленное аутоиммун-ным генезом  | То же  | То же  | Дополнительно к общеклиническому обсле- дованию: гемостазиограмма (ТЭГ, агрега- ния тромбоцитов, растворимые комплексы мономеров фибрина, продукт деградации фибрина): исследование крови на наличие волчаночного антикоагулянта, антитела к ХГЧ, антитиреоидные антитела  | При нарушении гемостази- ограммы - антиагрегантная и антикоагулянтная тера- пия в индивидуальных дозахпод контролем показателей гемостазиограммы; энзимо- терапия; плазмаферез  | То же  |
| - во времяберемен- ности: I триместр | 1 раз в нед.  | То же  | Гемостазиограмма 1 раз в нед., исследование крови на ВА и анти-ХГЧ антитела 1 раз в нед. (до подбора адекватной дозы глюкокортикоидов); антитиреоидные антитела по показаниям  | Антиагрегантная и анти- коагулянтная терапия по показаниям под контролем гемостазиограммы: глюко- кортикоиды от 1 до 2-х табл.: системная энзимо- терапия; плазмаферез; профилактика плацентарной недостаточности; иммуно- глобулин в/в кап. 3 раза через день; комплексы метаболической терапии, санация влагалища по показаниям  | Угроза выкидыша  |
| - II триместр  | 1 раз в 2 нед.  | То же  | Гемостазиограмма 1 раз в 2 нед.; опре- деление ВА и анти-ХГЧ антител при от- клонении показателей гемостазиограммы отнормы. Микроскопическое, бактериоскопи- ческое, бактериологическое, вирусологи- ческое исследование отделяемого и мазковиз цервикального канала 1 раз в месяц. УЗИ, допплерометрия в 20 - 24 нед. Определение в крови АФП, ХГЧ, эстриола и17-ОП в 16 - 20 нед.; антитиреоидных антител (по показаниям)  | То же  | То же  |
| - III триместр  | То же  | То же  | То же  | То же  | Угроза прежде- временных родов  |
| Переношен-ная бере- менность  | 1 раз в 4 - 5 дней втечение 8 - 10 дней после предполагае- мого срока родов  |  | Определение зрелости шейки матки. Амниоскопия, УЗИ. КТГ, допплерометрия после предполагаемого срока родов  |  | Уточнение диаг- ноза перенаши- вания беремен- ности и решение вопроса о родо- разрешеннии  |
| Беремен- ность у женщин с Rh (-) илиАВО несо- вмести- мостью - без явлений сенсибили-зации  | В соответствии с графиком  |  | Определение группы крови и Rh-фактора мужа. Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в 2 мес.  | Неспецифическая десенси- билизирующая терапия при сроке 10 - 12, 24 - 25, 32 - 33 нед. При Rh (+) крови мужа введение иммуноглобулина анти-Rh в дозе 350 мг в/м в 28 - 30 нед. Повторное введение иммуноглобулина не позднее48 - 72 часов после родов  |  |
| - с явле- ниями сенсибили-зации  | 2 раза в мес.  | Генетик - по показаниям  | Иммуногенетический анализ крови супруговна изоантигены. Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в 1 мес. до 32 нед.; 2 раза в 1 мес. с 32 до35 нед., затем еженедельно. УЗИ плода в сроки 10 - 14, 20 - 24, 32 - 34, 36 - 37нед. КТГ, допплерометрия в динамике. Амниоцентез (по показаниям)  | Неспецифическая десенси- билизирующая терапия при сроке 10 - 12, 24 - 25, 32- 33 нед.; при выраженной сенсибилизации глюкокор- тикоиды ежедневно с 26 - 28 нед. Иммуноцитотерапия в 10 - 12 нед. и повторно через 4 месяца в зависи- мости от уровня титра Rh- антител  | Госпитализация взависимости от сроков гибели плода с гемоли- тической болезнью при предыдущих родах, а также в30 - 34 нед. с учетом титра Rh-антител, данных УЗИ о состоянии плода. Прерывание бере-менности вне зависимости от срока при тяжелой форме гемолитической болезни плода  |
| Предлежан-ние пла- центы без кровотече-ния, обна-руженное во время беремен- ности  | Не реже 1 раза в 2 нед. до 30 нед., затем еженедельно  | Терапевт  | Гемостазиограмма. УЗИ плода 1 раз в 1 мес.; КТГ, допплерометрия в динамике  | Ограничение физической нагрузки; соблюдение режима труда и отдыха; витаминотерапия  | В 36 - 37 нед. для обследованияи решения вопроса о срокахродоразрешения  |
| Многоводие | 1 раз в 1 нед.  | Терапевт, генетик, другие специалисты - по показаниям  | Исследование на выявление сахарного диабета, резус-конфликта, хронической инфекции. Исследование плода для исклю- чения врожденной и наследственной пато- логии (УЗИ, АФП, ХГЧ, эстриол, 17-ОП). УЗИ для определения объема амниотическихвод. КТГ, допплерометрия в динамике. Рентгенопельвиометрия после 38 нед.  | Диета гипохлоридная. Медикаментозная терапия (по показаниям)  | Острое много- водие или его нарастание. Подозрение или наличие пороков развития плода  |
| Узкий таз  | В соответствии с графиком обследова- ния  |  | Рентгенопельвиометрия после 38 нед. УЗИ,КТГ, допплерометрия в динамике  |  | В 37 - 38 нед. для решения вопроса о родоразрешении  |
| Неправиль-ное поло- жение пло-да, в т.ч.тазовое  | После 30 нед. еженедельно  |  | То же  | Корригирующая гимнастика после 32 - 34 нед.  | Госпитализация до родов  |
|  III. Беременность и экстрагенитальная патология  |
| Ревмати- ческие пороки сердца  | 2 раза в 1 мес., после 30 нед. 3 - 4 раза в 1 мес.  | Срочная консультация терапевта и в дальнейшем динамическое наблюдение; ревматолог; попоказаниям - другие специалисты  | ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.). УЗИ сердца; ревматические пробы (определение титра антигиалуронидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок и др.); другиеисследования - по показаниям. КТГ, допплерометрия в динамике  | Специальная физическая подготовка к родам; соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки, медикаментозная терапия ноназначению терапевта, ревматолога  | Уточнение диаг- ноза и решение вопроса о воз- можности продол-жения беремен- ности при сроке до 10 нед., появление при- знаков декомпен-сации (при любомсроке беремен- ности); курс профилактическойтерапии при сро-ке 28 - 29 нед. и за 2 - 3 нед. до родов  |
| Врожденныепороки сердца  | То же  | Срочная консультация терапевта, в дальнейшем - его динамиче- ское наблюде- ние; консуль- тация кардио- лога, генетика | ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.); УЗИ плода в 20 - 24 нед.; КТГ, допплерометрия в динамике  | Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта  |  |
| Существо- вавшая ранее эссенци- альная гипертен- зия  | В соответствии с графиком  | Срочная консультация терапевта и его наблюдение(в 1 половине беременности не реже 1 разав 1 мес., во 2половине - не реже 2 раз в 1мес.). Окулист- 2 - 3 раза во время бере-менности, чаще- по показани-ям. Другие специалисты попоказаниям  | Частота клинических анализов крови, мочи, повторная ЭКГ по назначению терапевта. Исследование глазного дна - 2 - 3 раза. УЗИ, КТГ, допплерометрия плода. Другие исследования и анализы - по показаниям  | Медикаментозная терапия поназначению терапевта, соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки, физиопсихопрофилактическаяподготовка к родам с ограничением физической нагрузки; диета  | Обследование и решение вопроса о сохранении беременности приналичии I - IIА стадии заболева-ния. Прерывание беременности илилечение при отказе женщины прервать бере- менность при наличии IIБ и III стадии забо-левания. Отсут- ствие эффекта отамбулаторного лечения. Ухуд- шение состояния плода. Присое- динение позднегогестоза беремен-ных. Обследова- ние при сроке 37- 38 нед. для решения вопроса о родоразрешении |
| Острый миокардит  | По показаниям  | Срочная консультация терапевта, кардиолога  | ЭКГ. Клинический анализ крови  |  | Срочное обследо-вание и лечение в терапевтиче- ском отделении или в специали- зированном акушерском стационаре  |
| Кардиомио-патия, миокардио-дистрофия  | То же  | Консультация терапевта; кардиолога, эндокринолога - по показа- ниям. Динами- ческое наблю- дение терапев-та (1 - 2 разав 1 мес.)  | ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.). Частота клинического анализа крови - по назначению терапевта.Исследование тиреоидных гормонов в кровидля исключения тиреотоксической кардиомиопатии  | Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением фи- зической нагрузки; медика-ментозная терапия по наз- начению терапевта; лечениезаболевания. вызвавшего мниокардиодистрофию  | Уточнение диаг- ноза и решение вопроса о воз- можности про- лонгирования беременности до 10 нед. - по назначению терапевта. Появ-ление признаков декомпенсации (при любом срокебеременности). Курс профилак- тической терапиив 28 - 29 нед. иза 2 - 3 нед. дородов  |
| Бронхиаль-ная астма.Хроничес- кий брон- хит. Хро- ническая пневмония  | То же  | Консультация терапевта. В дальнейшем динамическое наблюдение терапевта каждые 2 нед. Консультация пульмонолога (по показани- ям)  | Клинический анализ крови. Рентгеноскопияорганов грудной клетки (по назначению терапевта). Бактериологический анализ мокроты  | Соблюдение режима труда и отдыха. Профилактика про- студных заболеваний. Меди-каментозное лечение по назначению терапевта  | Обострение заболевания  |
| Анемия, осложняю- щая бере- менность  | 2 раза в 1 мес.  | Терапевт - 1 раз в 2 нед. (до выздоров- ления или гос-питализации); гематолог - попоказаниям; другие специа-листы - по показаниям  | Клинический анализ крови - 1 раз в 1 мес. с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов. Биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, билирубин); другие исследования по назначению терапевта  | Диета, богатая белками, железом и витаминами, препараты, содержащие железо, витамины  | Уточнения диаг- ноза (характера анемии) в зави- симости от об- щего состояния игематологическихпоказателей. Отсутствие эф- фекта от амбула-торного лечения  |
| Инфекции мочевыво- дящих путей при беремен- ности  | 2 - 3 раза в 1 мес.  | Терапевт - 2 раза в 1 мес.;уролог (нефролог) и другие специа-листы - по показаниям  | Клинический анализ крови. Клинический и бактериологический анализ средней пор- ции мочи, исследование мочи по Нечипо- ренко и Зимницкому, проба Реберга, общийбелок, мочевина и креатинин крови. УЗИ почек. Диурез. (Частоту указанных иссле-дований устанавливает терапевт или уролог). Исследования глазного дна - по показаниям. УЗИ ночек плода в 20 - 24 нед. КТГ, допплерометрия в динамике  | Медикаментозная терапия поназначению терапевта, уролога  | Уточнение диагноза, обострение или острый процесс; присоединение позднего гесто- за, угроза прерывания бере-менности, гипо- трофия плода. В 37 - 38 нед. для решения вопроса о родо- разрешении  |
| Сахарный диабет приберемен- ности <1> | 2 раза в 1 мес. до 30 нед., 3 - 4 раза после 30 нед.  | Эндокринолог (при его отсутствии - терапевт) в порядке динамического наблюдения; окулист 2 - 3 раза; другие специалисты - по показаниям  | Клинический анализ крови, мочи. Опреде- ление глюкозы в крови; глюкозы, ацетона в моче; глюкозы в суточной моче - 2 - 3 раза в 1 мес. Гликемический и глюкозу- рический профиль. Другие исследования поназначению эндокринолога или терапевта. Биохимический анализ крови (общий белок,креатинин, мочевина, холестерин, липо- протеины, триглицериды, электролиты). Исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга. Бактериологи-ческий посев мочи. Гемостазиограмма. Исследование глазного дна  | Специальная диета. Медика-ментозное лечение - под контролем эндокринолога и терапевта  | Решение вопроса о возможности сохранения бере-менности, нару- шение компенса- ции сахарного диабета при любом сроке беременности, присоединение позднего гесто- за. Уточнение диагноза в тера-певтическом или специализирован-ном стационаре  |
| Инфекция половых путей при беремен- ности <2> | До 30 нед. - 2 раза в 1 мес.; после 30 нед. - 3 - 4 раза в 1 мес.  | По показаниям  | Клинический анализ крови, мочи. Бакте- риоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры. Серологи- ческое исследование крови  | Санация влагалища с последующим введением эубиотиков. Комплексы метаболической терапии. Комплексный иммуноглобули-новый препарат  | Обследование и лечение  |
| Алкого- лизм, наркомания | 1 раз месяц  | Врач психиатр-нарколог 1 разв месяц  | По показаниям  | По рекомендации врача психиатра-нарколога  | По рекомендации врача психиатра-нарколога  |
| Поражения печени во время беремен- ности  | До 30 нед. - 2 раза в 1 мес., после 30 нед. - 3 - 4 раза в 1 мес.  | Терапевт в порядке дина- мического наб-людения (1 разв 2 - 3 мес.).Консультация гастроэнтеро- лога, гепатолога  | Клинический анализ крови, мочи, бохими- ческое исследование крови (общий белок, билирубин - прямой и непрямой, холесте- рин, глюкоза, креатинин); печеночные пробы, трансаминазы (лактатдегидрогена- за, щелочная фосфотаза, аспартатамино- трансфераза, аланинаминотрансфераза), гемостазиограмма. УЗИ печени, желчного пузыря и протоков  | Соблюдение режима труда и отдыха, диета. Медикамен- тозная терапия по назна- чению терапевта или гепатолога  | Обострение заболевания  |
| Язвенная болезнь желудка и двенадца- типерстнойкишки  | До 30 мес. - 2 раза в 1 мес., после 30 нед. - каждые 2 нед. | Консультация гастроэнтеро- лога; осмотр терапевтом - 1раз в 3 мес., по показаниям - чаще  | Клинический анализ крови, анализ кала наскрытую кровь, по показаниям - гастроду-оденоскопия  | Соблюдения режима труда и отдыха, диета. Медикамен- тозная терапия по назна- чению терапевта, гастро- энтеролога  | То же  |
| Тиреоток- сикоз с зобом или без него  | 2 раза в 1 мес. в I и II триместре, после 30 нед. - еженедельно  | Консультация терапевта, эндокринолога;в дальнейшем динамическое наблюдение 1 -2 раза в 1 мес. Консуль- тация генетика | Исследование тиреоидных гормонов, белко-восвязанного йода. Анализ крови с под- счетом тромбоцитов, гемостазиограмма 1 раз в триместр, ЭКГ (по назначению эн- докринолога или терапевта); УЗИ плода в 20 - 24 нед. (по показаниям чаще), КТГ, допплерометрия в динамике  | Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта, эндокринолога  | В ранние сроки беременности дляподбора корри- гирующей терапиии за 2 нед. до родов (при тиреотоксикозе средней степе- ни в конце 1 триместра для решения вопроса об оперативном лечении). Обострение заболевания. Тяжелая степень заболевания  |
| Нетокси- ческий узловой зоб  | То же  | То же  | То же  | Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением фи- зической и психологическойнагрузки. Седативная тера-пия  |  |
| Приобре- тенный гипотиреоз | То же  | То же  | То же  | Тиреоидные гормональные препараты в течение всей беременности с коррекцией дозы во 2 половине бере- менности под контролем тиреоидных гормонов  | Обследование и лечение в ранниесроки беременно-сти  |
| Варикозноерасширениевен нижнихконечнос- тей  | По показаниям  | Флеболог или сосудистый хирург - по показаниям  | Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма. Осмотр в зеркалах стенок влагалища - при варикозенаружных половых органов. Пальпация вен.Цветная или дуплексная допплерография вен нижних конечностей  | Бинтование эластичными бинтами или лечебные чулки(I - II класс компрессии).Мазевые/гелевые нестероид-ные противовоспалительные и антикоагулянтные препа- раты. Физиотерапия. При появлении жалоб (тяжесть в ногах, боли в области варикозных вен) - антио- протекторы во II триместребеременности  | Тромбофлебит, выраженный варикоз нижних конечностей, вульвы или сте- нок влагалища для решения вопроса о методеродоразрешения при сроке 37 - 38 нед.  |
| Ожирение  | 2 раза в 1 мес. до 30 нед. 3 - 4 раза в1 мес. после 30 нед., по показаниям - чаще  | Консультация терапевта при I и II степениожирения 2 раза, при необходимости чаще. При III степени - в порядке дина- мического наблюдения (1 раз в 1 мес.).Эндокринолог -1 раз при первой явке, в дальнейшем -по показаниям;другие специа-листы по пока-заниям  | Исследование на выявление сахарного диабета, глюкоза крови, сахарная кривая с нагрузкой - при первом обращении (при необходимости - по назначению эндокри- нолога - чаще). Исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды,липопротеины низкой и высокой плотно- сти). Гемостазиограмма. Диурез  | Диета с ограничением жиров и углеводов, дробное5 - 6-разовое питание; строгий контроль за при- бавкой массы тела. Медика-ментозная терапия по показаниям. Профилактика позднего гестоза, перена- шивания, тромбогеморраги- ческих осложнений крупногоплода  | Признаки позднего гестоза |
| Беремен- ность у женщин 35 лет и старше  | В 1 половину бере- менности 1 - 2 раза в 1 мес., после 20 нед. - 2 раза в 1 мес., после 30 нед. - 4 раза в 1 мес.  | Консультация, генетика вне беременности или в макси- мально ранние сроки  | УЗИ плода в 10 - 14, 20 - 24 нед., допплерометрия с 24 нед. в динамике. Исследование в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16 - 20 нед. КТГ в динамике после 32 нед. Цитогенетическая диагнос- тика хромосомных болезней плода в 10 - 14 нед. или 20 - 24 нед. (в зависимости от времени обращения пациентки)  | По назначению терапевта ЭКГ и др.  | Необходимость проведения биоп-сии хориона или амниоцентеза. Решение вопроса и о родоразреше-нии при сроке 37 - 38 нед.  |
| - рождениедетей с врожденны-ми или наследст- венными заболева- ниями в анамнезе  | В соответствии с графиком  | Консультация генетика вне беременности или в макси- мально ранние сроки для цитогенетичес-кого или молекулярно- генетического исследования. Другие специа-листы - по показаниям  | УЗИ плода в 10 - 14, 20 - 24 и 32 - 34 нед. Биопсия хориона или амниоцентез в 10 - 14 нед. Амниоцентез или кордоцен- тез в 20 - 24 нед. (по показаниям). Определение в крови матери или амниоти- ческой жидкости АФП и 17-ОП в 10 - 14 нед.; АФП, ХГЧ, эстриола, 17-ОП в 16 - 20 нед.  | По назначению специалистов | При выявлении у плода врожденныхили наследствен-ных заболеваний госпитализация влюбом сроке для прерывания беременности  |
| Плацентар-ные нарушения  | 1 раз в нед.  | Генетик - по показаниям  | Клинический анализ крови, мочи, биохими-ческий анализ крови (глюкоза, общий белок, креатинин), гемостазиограмма. АФП, ХГЧ, зстриол. ВА и антитела к ХГЧ. Бактериовирусологический анализ, отде- ляемого из цервикального канала. УЗИ, КТГ и допплерометрия динамике. Измерениестояния высоты дна матки и окружности живота  | Комплексы метаболической терапии, поливитамины, салицилаты, ангиопротек- торы  | Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения  |
| Крупный плод  | В соответствии с графиком  | Эндокринолог, другие спе- циалисты - по показаниям  | Исследование глюкозы в крови. УЗИ плода в 20 - 24 нед., 32 - 34 нед. и перед родами. Рентгенопельвиометрия после 38 нед. КТГ, допплерометрия в динамике  | Диета с ограничением угле-водов  | Решение вопроса о родоразрешениипри сроке 37 - 38 нед.  |
| Рубец на матке после кесарева сечения или мио- мэктомии  | До 20 нед. беремен- ности 1 раз в 3 - 4 нед. (по показаниям - чаще), с 20 до 28 нед. - 2 раза в 1 мес: после 28 нед. -не реже 1 раза в 7 -10 дней  | По показаниям  | При корпоральном кесаревом сечении или рубце на передней стенке матки после миомэктомии в анамнезе - обязательное УЗИ в 32 - 34 нед. для определения состояния рубца, КТГ, допплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. Выписка из истории родов, закончившихся кесаревым сечением или миомэктомией с указанием локализации удаленных узлов и объема операции  | Ограничение физической нагрузки, при необходимо- сти медикаментозная терапия  | Срочная госпита-лизация при по- дозрении на не- состоятельность рубца. Госпита- лизация в сроке 36 - 37 нед. длярешения вопроса о родоразрешении |
| Краснуха или контакт с больным краснухой  | Осмотр в начале и конце заболевания. При контакте с краснухой частота осмотров не меняется | Консультация инфекциониста  | Определение титра антител к вирусу краснухи на 7 - 10-й день после начала заболевания или контакта с больным, повторить через 2 нед. При заболевании обязательно УЗИ плода в 10 - 14, 20 - 24нед. в дальнейшем - по показаниям. Определение уровня АФП, ХГЧ, эстриола в 16 - 20 нед.; КТГ, допплерометрия в динамике  | При заболевании - преры- вание беременности до 12 нед.; при сохранении беременности - лечение, направленное на ее сохранение  | Для прерывания беременности  |
| Беремен- ность: - много- плодная  | 2 раза в 1 мес. до 28 нед., 1 раз в 7 -10 дней после 28 нед.  | Консультация терапевта 3 раза, другие специалисты - по показаниям  | Клинический анализ крови (1 раз в 2 мес.). Определение в крови гематокрита, ретикулоцитов, сывороточного железа, общего белка, глюкозы, билирубина, мочевины; в 16 - 20 нед. - АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП. Гемостазиограмма. Наружная гистерография или тонусометрия матки при сроке 18 - 19 и 30 - 31 нед. Контроль за состоянием шейки матки для выявления истмикоцервикальной недоста- точности. УЗИ плодов, КТГ, допплеромет- рия в динамике  | Лечебно-охранительный ре- жим, включающий расширениепоказаний для соблюдения постельного режима и вре- менной нетрудоспособности.Обеспечение полноценного питания с преобладанием в пище белков животного происхождения. С 20 нед. взависимости от тонуса матки назначение мини-доз бета-адреномиметиков по 2 - 4 нед. с перерывом 1 - 2нед. Оральный прием желе- зосодержащих препаратов с 16 - 20 нед. в течение 3 мес.  | Госпитализация всроке 36 нед. для решения вопроса о родоразрешении  |
| - у много-рожавшей (при отсутствиипатологии) | 1 раз в 1 мес. до 20нед. 2 раза в 1 мес.до 30 мес. 1 раз в 1нед. после 30 нед.  | Осмотр тера- певтом в каж- дом триместре беременности, другие спе- циалисты - по показаниями  | Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес. с определением гематокрита. Гемоста- зиограмма. Бактериологическое исследо- вание мазков из зева, носа, цервикаль- ного канала  | Ограничение физической нагрузки. Диета, богатая белками, железом и витами-нами. Курс метаболической терапии в 20 - 21, 30 - 31, 37 нед.  | После 37 нед. для подготовки кродам  |
| - миома матки  | До 20 нед. - 1 раз в3 - 4 нед.; с 20 нед. - 2 - 3 раза в 1 мес.  | По показаниям  | Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес. при значительной величине миомы или неблагоприятной локализации. Гемоста- зиограмма. Исследование в крови АФП, ХГЧи эстриола в 16 - 20 нед. УЗИ матки и плода, КТГ и допплерометрия в динамике  | Ограничение физической нагрузки. Спазмолитическиесредства в течение всей беременности, гестагены до30 - 32 мед. Метаболичес- кая терапия. По показаниямпосле 18 нед. бета-адрено-миметики; иглорефлексоте- рапия  | Появление боли вобласти миома- тозного узла илибыстрорастущая миома. Большие размеры миомы (10 см и более),множественные узлы или их неблагоприятная локализация. Решение вопроса о сохранении беременности до 12 нед. Госпита-лизация в срок 37 - 38 нед. длярешения вопроса о родоразрешении |

--------------------------------

<\*> Указанная схема обследования рекомендуется женщинам в независимости от числа самопроизвольных выкидышей в анамнезе.

<1> Обследованию подлежат беременные с отягощенной по сахарному диабету наследственностью; ожирением II - III - IV степени; жалобами на жажду, обильное питье, зуд наружных половых органов, потливость, фурункулез, повышенный аппетит и резкую слабость при данной беременности или в анамнезе; повторно беременные, рожавшие крупных детей (4 кг и более); глюкозурией, впервые выявленной во время данной беременности или установленной при предыдущих беременностях.

<2> При подозрении или выявлении гонореи или сифилиса беременную необходимо направить в кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза и лечения.

СХЕМА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ЭКО И ПЭ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Срок  гестации  |  Обследование  |  Система терапевтических мер  |
| 1-й день ПЭ в полость матки  |  | Терапия; направленная на поддержание желтого тела (утрожестан, дуфастон или масляный раствор прогестерона, подобран- ный в индивидуальных дозах, и метаболи- ческая терапия - каскатол по 1 - 2 табл. 3 раза в день, пропетипол, витамин Е); По показаниям седативная терапия: МАГНЕ-Б-6 - 4 таблетки в день (длитель- ность от 2-х нед. до родов)  |
| 14 день  | Бета-ХГЧ, эстрадиол,при необходимости прогестерон  | При ХГЧ-положительном анализе - продол- жается терапия, направленная на поддержа-ние желтого тела  |
| 21 день  | УЗИ для подтвержде- ния беременности, определения ее лока-лизации и количестваплодных яиц. При подтверждении бере- менности - исследо- вание системы гемостаза. Анти ХГЧ-антитела. ВА  | I. Изменения в системе гемостаза: 1. Гиперфункция тромбоцитов - курантил по75,0 - 100,0 мг в сутки за 1 час до еды (контроль 1 раз в 2 нед.). 2. Гиперфункция тромбоцитов + гипер- коагуляция - реополиглюкин в/в по 400,0 3 - 5 раз с интервалом 2 дня; аспирин 100 мг в сутки (контроль 1 раз в 2 нед.).II. Изменения в плазменном звене - малые дозы гепарина - 10000 - 15000 ЕД в сутки под кожу 5 - 7 дней. Антиагреганты, ку- рантил (75 - 150 мг в сутки), низкомоле- кулярные декстраны. Со 2-го триместра аспирин 75 мг ежедневно(контроль 1 раз в 2 нед.). III. Повышение агрегационной активности тромбоцитов. IV. Патологическая активность + выражен- ная гиперкоагуляция в плазменном звене гемостаза; повышение маркеров внутрисосу-дистого свертывания (ПДР и РКИФ) - тера- пия I и II + гепарин 1500 ЕД в сутки. Наличие антител - метипред или медрол в индивидуально подобранной дозе (контроль-ная оценка: 12 - 14 недель, 22 - 24 и 33 - 36 нед.). Наличие антител - преднизолонсо дня установления диагноза (2,5 мг - не более 10 - 15 дней)  |
| 12 - 13  | Профилактика угрозы невынашивания. Обследование на выявление ИЦН, при ее наличии - хирургическая коррекция шейки матки. УЗИплода, определение в крови АФП, ХГЧ в 10 - 14 нед.  |
| II триместр  | Профилактика лацентарной недостаточности. УЗИ плода в 20 - 24 нед., определение АФП, ХГЧ, эстриола, 17-ОП в крови в 16 - 20 нед. УЗИ, допплерометрия каждые 3 - 4 недели с 16 - 20 нед. Амниоцентез, кордоцентез (по показаниям)  |
| III триместр  | Профилактика угрозы прерывания беременности и гестоза. УЗИ в 32 - 34 нед., по показаниям - чаще. КТГ, допплерометрия в динамике. В 37 нед. - госпитализация в стационар для подготовки к родоразрешению  |

Послеродовой период

После выписки из стационара в женской консультации проводится динамический контроль состояния здоровья женщин после родов, включающий исследования и осмотры согласно схеме. При этом учитываются соматический статус здоровья родильниц и особенности течения беременности и родов.

Данный объем наблюдений преследует цель осуществить лечебно-реабилитационные мероприятия для восстановления и поддержания общего и репродуктивного здоровья женщин.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологическая  форма  | Частота наблюде-ния врачом аку- шером-гинеколо- гом  | Осмотр вра- чами других специаль- ностей  |  Лабораторные  и другие диагностические  исследования  |  Основные  лечебно-оздоровительные  мероприятия  |
|  1  |  2  |  3  |  4  |  5  |
| Нормальный послеродовой период  | Осмотр в течениепервых дней после выписки  | По показа- ниям  | Наружный осмотр, измерениеАД. При наличии швов - осмотр на кресле. Влага- лищное исследование. Лабораторное - по показа- ниям  | Личная гигиена. Уход за молочными железами. Режим труда (домашнего), отдыха,рациональное питание. Гигиеническая гимнастика, бандаж  |
|  | Осмотр через 6 - 8 нед. послеродов  | По показа- ниям  | Влагалищное исследование. Осмотр шейки матки в зер- калах. Кольпоскопия, лабо-раторные исследования по показаниям УЗИ матки  | Рекомендации по контра- цепции  |
|  | Последующие осмотры в тече- ние 2-х лет каждые 6 мес.  | По показа- ниям  | Влагалищное исследование. Кольпоскопия  | То же  |
| Родильницы: - после разры- вов промежностиили шейки маткиIII степени  | Число осмотров то же и более попоказаниям  | То же. Консультацияпроктолога (по показа- ниям)  | То же, что при нормальном течении послеродового периода. Бактериологичес- кое и бактериоскопическое исследование мазков из влагалища и цервикального канала  | То же  |
| - после прежде-временных родов | То же  | То же  | То же  | То же  |
| - после кеса- рева сечения  | То же и более попоказаниям  | То же  | УЗИ матки по показаниям  | То же, что при нормальном течении послеродового периода  |
| - после ручноговхождения в полость матки  | То же  | То же  | То же  | То же  |
| - беременность и роды, ослож- ненные поздним гестозом  | То же  | То же  | Измерение АД, общий анализмочи 2 раза в течение пер-вого месяца, далее - по показаниям. УЗИ почек - попоказаниям. Биохимический анализ крови (общий белок,мочевина, креатинин)  | Гипотензивная, седативная терапия - по показаниям, при отсутствии эффекта через 6 мес. - лечение в нефрологическом стационаре |
| - заболеванием почек (хрони- ческий гломеру-лонефрит, хро- нический пиело-нефрит в стадииремиссии и др.) | То же  | Терапевт, нефролог, уролог по показаниям  | Измерение АД, клинический анализ крови, мочи при каждом посещении женской консультации. Биохимичес- кий анализ крови (общий белок, мочевина, креати- нин). Пробы Реберга, исследование мочи по Нечи-поренко, Зимницкому. Посевмочи на флору  | Терапия по рекомендации специалиста. Физиотерапия  |
| - заболеванием сердечно-сосу- дистой системы (гипертоничес- кая болезнь, артериальная гипотензия, пороки сердца)  | То же  | Окулист, терапевт, кардиолог попоказаниям  | Измерение АД. ЭКГ и другиеисследования (по показа- ниям)  | Терапия по рекомендации специалиста. Подавление лактации (по показаниям) <1> |
| - анемией  | То же  | Терапевт, гематолог попоказаниям  | Клинический анализ крови сподсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, определениесывороточного железа, ана-лиз крови на общий белок, гематокрит, билирубин  | Общие лечебно-оздорови- тельные мероприятия. Антианемическая терапия, поливитамины, диета, богатая белком и железом  |
| - эндокринными заболеваниями (щитовидная железа, надпо- чечники, гипо- физ и др.)  | То же  | Терапевт, зндокринологпо показа- ниям  | Клинический анализ крови. Гормональные исследования (по показаниям). ЭКГ, УЗИ щитовидной железы  | Корригирующая или замести-тельная терапия (по реко- мендации спецаилиста)  |
| - сахарным диабетом  | То же  | То же  | Бактериологический посев мочи. Анализ крови, мочи. Определение глюкозы в крови, при необходимости проведение пробы на толе- рантность к глюкозе. Биохимический анализ крови(общий белок, холестерин, липопротеины). Исследова- ние глазного дна  | Диета, корригирующая терапия по рекомендации специалиста  |
| - варикозным расширением веннижних конеч- ностей  | То же  | Флеболог илисосудистый хирург - по показаниям  | Клинический анализ крови. Гемостазиограмма. Цветная или дуплексная допплеро- графия вен нижних конеч- ностей  | Физиотерапия (низкочас- тотная магнитотерапия - 15процедур), местные мазевыеили гелевые повязки (Лио- тон-1000), бинтование ног или лечебные чулки (I - IIкласс компрессии)  |
| - геморроем  | То же  | Хирург, проктолог попоказаниям  | То же  | По показаниям - диетотера-пия, лечебная гимнастика, повязки с метилурациловой мазью. Дарсонвализация с ощущением слабого тепла. При обострении - детра- лекс, свечи "Ультра-прокт" |
| - эндометритом (состояние после перене- сенного заболе-вания в стацио-наре)  | То же  | По показа- ниям  | Влагалищное исследование. Клинический анализ крови, мочи. Бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала. Гемостазиограмма. УЗИ матки. Биохимический анализ крови (общий белок,креатинин, мочевина)  | Общеукрепляющая терапия. По показаниям: антианеми- ческая терапия и физио- терапия  |
| - эндометритом (начало заболе-вания после выписки из стационара)  | То же. По показаниям - чаще  | То же  | Влагалищное исследование. Клинический анализ крови. Гемостазиограмма. Бакте- риологический посев выде- лений из матки. УЗИ матки  | Антибактериальная, утеро- тоническая, общеукреп- ляющая терапия. Госпита- лизация по показаниям  |
| - тромбофле- битом поверх- ностных вен нижних конеч- ностей (ниже верхней трети бедра)  | 2 - 3 раза в 1 нед.  | Флеболог илисосудистый хирург - по показаниям  | Клинический анализ крови сподсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма. Цветное дуплексное ультразвуковое ангиосканирование (по показаниям)  | Непрямые и прямые анти- коагулянты (по показани- ям). Нестероидные противо-воспалительные препараты (по показаниям). Эласти- ческие бинты или лечебные чулки (I - II класс комп- рессии). Мазевые/гелевые нестероидные противо- воспалительные и анти- коагулянтные препараты  |
| - тромбофлеби- том вен верхнейтрети бедра, тромбозов глубоких вен нижних конеч- ностей, флеботромбозом  | Госпитализация вспециализирован-ный стационар  | Флеболог илисосудистый хирург - по показаниям  | Клинический анализ крови сподсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма, биохими-ческий анализ крови (общийбелок, мочевина, креа- тинин). УЗИ матки и при- датков. Цветное дуплексноеультразвуковое ангиоска- нирование (по показаниям).Рентгенологическое иссле- дование венозной системы (по показаниям)  | Непрямые и прямые анти- коагулянты (по показа- ниям). Нестероидные противовоспалительные препараты (по показаниям).Эластические бинты или лечебные чулки (I - II класс компрессии). Мазе- вые/гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препа- раты. Оперативное лечение в специализированном стационаре (по показаниям) |
| - тромбофлеби- том вен таза (начало заболе-вания после выписки из стационара)  | То же  | То же  | То же  | Срочная госпитализация в специализированный стационар  |
| - тромбофле- битом вен таза (состояние после перене- сенного заболе-вания в стацио-наре)  | 1 раз в 1 нед.  | Флеболог илисосудистый хирург  | Клинический анализ крови сподсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма, биохими-ческий анализ крови (общийбелок, мочевина, креати- нин). УЗИ органов малого таза. Цветное дуплексное УЗ ангиосканирование (по показаниям)  | Общеукрепляющая терапия. Флеботропные препараты (детралекс)  |
| - послеродовым перитонитом (состояние после перене- сенного заболе-вания)  | 1 раз в 1 нед., затем каждые 6 мес. в течение 2лет  | Хирург - по показаниям  | Клинический анализ крови. Гемостазиограмма. УЗИ органов брюшной полости. Биохимический анализ крови(общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, печеночные пробы). Общий анализ мочи  | Общеукрепляющая терапия, физиотерапия  |
| - серозным мас-титом (начало заболевания после выписки из стационара)  | Ежедневно  | То же  | Клинический анализ крови, посев молока с определе- нием степени микробной колонизации. УЗИ молочных желез  | Временное прекращение грудного вскармливания, сцеживание молока, анти- бактериальная терапия, мазевые противовоспали- тельные компрессы по показаниям; физиотерапия  |
| - инфильтратив-ным маститом (начало заболе-вания после выписки из стационара)  | То же  | То же  | То же  | То же. Решение вопроса о подавлении лактации при госпитализации  |
| - гнойным маститом, диаг-ностированным в женской консультации  | То же  | Срочная кон-сультация хирурга  |  | Срочная госпитализация дляоперационного лечения, решение вопроса о подав- лении лактации  |
| - гнойным маститом после хирургического лечения  | 2 раза в 1 нед.  | Консультацияхирурга  | Клинический анализ крови, посев молока с опреде- лением степени микробной колонизации  | Перевязки - по показаниям,решение вопроса о лакта- ции, физиотерапия  |
| - расхождением швов после ке- сарева сечения  | То же  | То же  | Осмотр раны. Клинический анализ крови. Бактерио- логическое исследование раневого отделяемого. УЗИ передней брюшной стенки  | Выполнение назначений хирурга. Госпитализация попоказаниям.  |
| - расхождением швов промежнос-ти  | То же  | То же  | Осмотр раны. Клинический анализ крови. Бактериоло- гический посев отделяемогоиз раны  | То же. Госпитализация по показаниям  |

--------------------------------

<1> Лактация подавляется препаратами, содержащими бромэргокринтин (парлодел и др.), по 2,5 мг 2 раза с интервалом 12 ч после приема пищи с последующим постельным режимом в течение 30 мин. под контролем АД (10 - 14 дней). В процессе подавления лактации сцеживание не проводится. Прием жидкости - до 1,5 - 2 л в сутки. Мочегонные средства (по показаниям).

Приложение N 3

Утверждены

Приказом Минздрава России

от 10 февраля 2003 г. N 50

СХЕМЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Динамическому наблюдению подлежат гинекологические больные с хроническим течением заболевания, относящегося к группе риска по возникновению онкопатологии или нарушения репродуктивного здоровья. На каждую женщину заполняется "Контрольная карта диспансерного наблюдения", где указывается диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, частота осмотров, проводимые методы обследования и лечения.

Впервые обратившиеся женщины с острыми гинекологическими заболеваниями направляются на стационарное лечение ("Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты"), после выписки из стационара подлежат динамическому наблюдению в соответствии с рубрикой заболевания.

После излечения, подтвержденного контрольными обследованиями, женщина может быть снята с учета в женской консультации.

В последующих разделах приведены согласно диагнозу перечень диагностических процедур, используемых при установлении диагноза, осмотр врачами других специальностей, перечень диагностических процедур, проводимых в процессе наблюдения и лечения, лечебно- оздоровительные мероприятия, периодичность повторных осмотров врачом акушером-гинекологом, показания к стационарному лечению, критерии снятия с учета.

ОБЪЕМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Рубрика  |  Диагностические  процедуры  |  Рубрика  |  Диагностические процедуры  |
|  1  |  2  |  3  |  4  |
| А обследование гинекологическихбольных  | Анамнез. Общее физи-кальное обследованиеорганов дыхания, кровообращения, пищеварения, моче- выводящей системы, молочных желез. Исследование при помощи зеркал. Кольпоскопия. Влага-лищное исследование.Цитология мазков (РАР-тест)  | Б предоперационная подготовка больных с гинекологическими заболеваниями  | Общее физикальное обследование. Пульс. АД. ЭКГ. Клинический анализ крови. Глюкоза крови. Гемостазиограмма. Биохимическое исследование крови. Определение группы крови и резус-фактора. Общий анализ мочи. Бактериоско- пическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала.уретры. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки  |
| АД обследование девочек до 18 лет с гинеколо- гическими заболениями и больных virgo  | Анамнез. Общее физи-кальное обследованиеорганов дыхания, кровообращения, пищеварения, моче- выводящей системы, молочных желез. Осмотр наружных половых органов. Ректо-абдоминальное исследование  | БД предоперационная подготовка девочек до 18 лет с гинекологическими заболеваниями и больных virgo  | Общее физикальное обследование. Пульс. АД. ЭКГ. Клинический анализ крови. Глюкоза крови. Гемостазиограмма. Биохимическое исследование крови. Определение группы крови и резус-фактора. Общий анализ мочи. Бактериоско- пическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала,уретры. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки  |

СХЕМЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

┌─────────────┬─────────────────────────────┬──────────┬───────────────────────────────────┬───────────────────────────────────┬────────────────────┬─────────────┬──────────┐

│ Диагноз │ Перечень диагностических │Осмотр │Перечень диагностических процедур, │Лечебно-оздоровительные мероприятия│ Периодичность │ Показания к │ Критерии │

│ │ процедур, используемых при │врачами │проводимых в процессе наблюдения и │ │ повторных осмотров │стационарному│ снятия │

│ │ установлении диагноза │других │ лечения │ │ врачом │ лечению │ с учета │

│ │ │специ- │ │ │акушером-гинекологом│ │ │

│ │ │альностей │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │

├─────────────┴─────────────────────────────┴──────────┴───────────────────────────────────┴───────────────────────────────────┴────────────────────┴─────────────┴──────────┤

│ Гинекологические заболевания детей (девочек) до 18 лет │

├─────────────┬─────────────────────────────┬──────────┬───────────────────────────────────┬───────────────────────────────────┬────────────────────┬─────────────┬──────────┤

│Вульво- │Обследование в соответствии с│Педиатр, │Осмотр кожных покровов и наружных │Обучение девочки и ее родных мерам │В процессе лечения │Отсутствие │Стойкая │

│вагиниты: │рубрикой АД. Исследование │уролог │половых органов. Исследование │личной гигиены. Промывание влагали-│каждые 3 дня. В │эффекта от │ремиссия │

│острый, │мазков из влагалища на флору.│ │мазков из влагалища на флору. При │ща раствором антисептика. Обработка│дальнейшем 1 раз в 3│лечения в │в течение │

│подострый и │Исследование соскоба с пери- │ │необходимости: бактериологический │наружных половых органов мазью с │месяца в течение 1 │амбулаторно- │1 года │

│хронический │анальных складок на энтероби-│ │посев влагалищного отделяемого на │анестезирующими, вяжущими и │года │поликлиничес-│ │

│ │оз. При необходимости: осмотр│ │хламидии, герпес, уреаплазму, │десенсибилизирующими веществами. │ │ких условиях │ │

│ │полости рта и зева. Клиничес-│ │микоплазму. Вагиноскопия. Глюкоза │При необходимости: антигистаминные │ │в течение 3 │ │

│ │кий анализ крови, глюкоза │ │мочи. Оценка локального │препараты, эубиотики, противоглист-│ │нед. Подозре-│ │

│ │крови. Общий анализ мочи. │ │аллергостатуса │ные препараты. Мазь с эстрогенами. │ │ние на ино- │ │

│ │Исследование влагалищного │ │ │Лечение хламидиоза, уреаплазмоза, │ │родное тело │ │

│ │отделяемого на хламидии, │ │ │герпетической инфекции │ │влагалища │ │

│ │герпес, уреаплазму, микоплаз-│ │ │ │ │или органи- │ │

│ │му. Вагиноскопия. Онкоцито- │ │ │ │ │ческую │ │

│ │грамма. Оценка локального │ │ │ │ │патологию │ │

│ │аллергостатуса. Бактериологи-│ │ │ │ │ │ │

│ │ческий посев отделяемого из │ │ │ │ │ │ │

│ │влагалища на флору и чувстви-│ │ │ │ │ │ │

│ │тельность к антибиотикам │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Первичная │Обследование в соответствии с│Педиатр, │Определение цвета полос растяжения.│Низкокалорийная диета. Аноректики. │2 раза в год │Уточнение │Регулярный│

│аменорея │рубрикой АД. Осмотр для выяв-│окулист, │Массо-ростовой коэффициент (повтор-│Диуретики. Циклическая витамино- │ │генеза или │менст- │

│ │ления полос растяжения. │невропа- │но). Гирсутное число (повторно). │терапия. Терапия вегето-сосудистой │ │отсутствие │руальный │

│Вторичная │Определение степени полового │толог, │Меноциклограмма. АД в динамике. │дистонии. Препараты, улучшающие │ │эффекта │цикл в │

│аменорея │развития. Массо-ростовой │эндокри- │УЗИ органов малого таза (повторно).│кровообращение мозга. При необходи-│ │от проводимой│течение │

│ │коэффициент. Гирсутное число.│нолог, │17-КС в суточной моче (повторно). │мости: иглорефлексотерапия. │ │терапии │1 года │

│ │Антропометрия. │психиатр │Глюкоза крови (повторно). При │Физиотерапия. ЛФК │ │ │ │

│Первичная │Краниография. Костный воз- │(при │необходимости: гормональный статус │ │ │ │ │

│олигоменорея │раст. ЭЭГ. 17-КС в суточной │необходи- │(ЛГ, ФСГ, ПРЛ, кортизол, тесто- │ │ │ │ │

│ │моче. АД в динамике. УЗИ │мости) │стерон, эстрадиол, прогестерон) │ │ │ │ │

│ │органов малого таза. Глюкоза │ │(повторно) │ │ │ │ │

│ │крови. │ │ │ │ │ │ │

│Вторичная │При необходимости: │ │ │ │ │ │ │

│олигоменорея │биохимическое исследование │ │ │ │ │ │ │

│ │крови. Гормональный статус │ │ │ │ │ │ │

│ │(ЛГ, ФСГ, ПРЛ, кортизол, │ │ │ │ │ │ │

│ │тестостерон, эстрадиол, │ │ │ │ │ │ │

│ │прогестерон, ДГА). Проба с │ │ │ │ │ │ │

│ │дексаметазоном. Тест толе- │ │ │ │ │ │ │

│ │рантности к глюкозе, гликиро-│ │ │ │ │ │ │

│ │ванный гемоглобин │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Обильные │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Меноциклограмма, базальная │Гемостатическая, утеротоническая и │По необходимости, но│Отсутствие │Регулярный│

│менструации │рубрикой АД. Меноциклограмма.│гематолог,│температура, УЗИ органов малого │антианемическая терапия. Цикличес- │не реже 2 раз в год │эффекта от │менст- │

│в пубертатном│Осмотр кожных покровов. │эндокри- │таза (повторно). Клинический анализ│кая витаминотерапия. При необходи- │ │проводимой │руальный │

│периоде │Антропометрия. Массо-ростовой│нолог (по │крови (повторно в зависимости от │мости: гормональный гемостаз эстро-│ │терапии в │цикл в │

│ │коэффициент. Степень полового│показа- │выраженности и анемии). Ректо-абдо-│генами или комбинированными ораль- │ │амбулаторных │течение │

│ │развития. УЗИ органов малого │ниям) │минальное исследование (повторно). │ными контрацептивами. Циклическая │ │условиях. │1 года │

│ │таза. Базальная температура. │ │При необходимости: гемостазиограмма│гормонотерапия эстрогенами и │ │Органические │ │

│ │Клинический анализ крови. │ │(повторно). Сывороточное железо │прогестагенами │ │изменения в │ │

│ │Время свертывания и кровоте- │ │(повторно). Вагиноскопия или осмотр│ │ │матке. │ │

│ │чения. Количество тромбоци- │ │в детских зеркалах (повторно). │ │ │Заболевания │ │

│ │тов. При необходимости: ваги-│ │Гормональный статус (ЛГ, ФСГ, ПРЛ, │ │ │крови, анемия│ │

│ │носкопия или осмотр в детских│ │ТТГ, эстрадиол, тестостерон, │ │ │ │ │

│ │зеркалах. Гемостазиограмма. │ │кортизол, тиреоидин, тироксин) │ │ │ │ │

│ │Сывороточное железо. Гормо- │ │(повторно) │ │ │ │ │

│ │нальный статус (ЛГ, ФСГ, ПРГ,│ │ │ │ │ │ │

│ │ТТГ, эстрадиол, тестостерон, │ │ │ │ │ │ │

│ │кортизол, тиреоидин, тирок- │ │ │ │ │ │ │

│ │син). Раздельное диагности- │ │ │ │ │ │ │

│ │ческое выскабливание │ │ │ │ │ │ │

│ │эндометрия. Гистероскопия │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Задержка │Обследование в соответствии с│Педиатр, │Определение степени полового │Заместительная гормональная терапия│3 раза в год │Хирургическое│Снятие с │

│полового │рубрикой АД. Определение │окулист, │развития (повторно). Антропометрия │ │ │лечение │учета не │

│созревания │степени полового развития. │невропа- │(повторно). Массо-ростовой коэф- │ │ │при выявлении│рекоменду-│

│ │Антропометрия. Массо-ростовой│толог, │фициент (повторно). Осмотр наружных│ │ │ХУ-кариотипа │ется до │

│Яичниковая │коэффициент. УЗИ органов ма- │эндокри- │половых органов (повторно). │ │ │ │конца │

│форма │лого таза. Определение кост- │нолог │Ректо-абдоминальное исследование │ │ │ │жизни │

│ │ного возраста. Краниография. │ │(повторно). УЗИ органов малого таза│ │ │ │ │

│ │Определение полового хромати-│ │(повторно). Определение костного │ │ │ │ │

│ │на. При необходимости: УЗИ │ │возраста (повторно). │ │ │ │ │

│ │молочных желез. Карпотип. │ │Меноциклограмма. При необходимости:│ │ │ │ │

│ │Гормональный статус (ФСГ, │ │УЗИ молочных желез (повторно). │ │ │ │ │

│ │пролактин, кортизол) │ │Гормональный статус (ФСГ, кортизол)│ │ │ │ │

│ │ │ │(повторно). При направлении для │ │ │ │ │

│ │ │ │хирургического лечения: обследова- │ │ │ │ │

│ │ │ │ние в соответствии с рубрикой БД │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Гипофизарная │Обследование в соответствии с│Педиатр, │Определение степени полового │Циклическая витаминотерапия. Гормо-│3 раза в год │Хирургическое│ │

│форма │рубрикой АД. Определение │окулист, │развития (повторно). Антропометрия │нотерапия в соответствии с выявлен-│ │лечение при │ │

│ │степени полового развития. │невропа- │(повторно). Массо-ростовой │ной недостаточностью эндокринных │ │выявлении │ │

│ │Антропометрия. Массо-ростовой│толог, │коэффициент (повторно). Осмотр │желез. При необходимости: РГ-ЛГ в │ │аденомы │ │

│ │коэффициент. УЗИ органов ма- │эндокри- │наружных половых органов (повтор- │импульсном режиме (цикламат), │ │гипофиза или │ │

│ │лого таза. Определение кост- │нолог │но). Ректо-абдоминальное исследо- │РГ-ТТГ, РГ-АКТГ. Дофаминергические │ │лучевое ее │ │

│ │ного возраста. Краниография. │ │вание (повторно). УЗИ органов │препараты │ │разрушение │ │

│ │Глюкоза крови. Поля зрения. │ │малого таза (повторно). Определение│ │ │ │ │

│ │При необходимости: УЗИ │ │костного возраста (повторно). │ │ │ │ │

│ │молочных желез. Гормональный │ │Краниография (повторно). Глюкоза │ │ │ │ │

│ │статус (ЛГ, ФСГ, пролактин, │ │крови (повторно). Поля зрения │ │ │ │ │

│ │ТТГ, трийодтиронин, тестосте-│ │(повторно). Меноциклограмма (пов- │ │ │ │ │

│ │рон, кортизол, тироксин). │ │торно). При необходимости: УЗИ │ │ │ │ │

│ │Проба с РГ-ЛГ. Проба с │ │молочных желез (повторно). │ │ │ │ │

│ │ФСГ-ЛГ. Проба с бромэргокрип-│ │Гормональный статус (ЛГ, ФСГ, │ │ │ │ │

│ │тином. Тест толерантности к │ │пролактин, ТТГ, тироксин, трийод- │ │ │ │ │

│ │глюкозе, гликированный │ │тиронин, эстрадиол, тестостерон, │ │ │ │ │

│ │гемоглобин │ │кортизол) (повторно). Тест │ │ │ │ │

│ │ │ │толерантности к глюкозе, гликиро- │ │ │ │ │

│ │ │ │ванный гемоглобин (повторно). При │ │ │ │ │

│ │ │ │направлении для хирургического │ │ │ │ │

│ │ │ │лечения: обследование в соответст- │ │ │ │ │

│ │ │ │вии с рубрикой БД │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Центральная │Обследование в соответствии с│Педиатр, │Меноциклограмма. Массо-ростовой │Восстановление физиологической │2 раза в год │Уточнение │18 лет │

│форма │рубрикой АД. Осмотр кожных │окулист, │коэффициент (повторно). Антропо- │массы тела. Коррекция психического │ │диагноза │ │

│ │покровов для выявления стрий.│невропа- │метрия (повторно). Определение │статуса. Коррекция соматического │ │ │ │

│ │Определение степени полового │толог. │степени вирилизации. Осмотр кожных │статуса. Циклическая витаминотера- │ │ │ │

│ │развития. Антропометрия. │Эндокри- │покровов для выявления стрий (пов- │пия. При необходимости: препараты, │ │ │ │

│ │Массо-ростотовой коэффициент.│нолог (по │торно). Ректо-абдоминальное иссле- │улучшающие кровообращение головного│ │ │ │

│ │УЗИ органов малого таза. │показа- │дование (повторно). Глюкоза крови. │мозга. Транквилизаторы. Седативные │ │ │ │

│ │Определение костного возрас- │ниям) │Динамика диуреза (повторно). УЗИ │препараты. Иглорефлексотерапия. │ │ │ │

│ │та. Краниография. Глюкоза │ │органов малого таза (повторно). │Физиотерапия. Суггестивная │ │ │ │

│ │крови. Поля зрения. Динамика │ │Определение костного возраста (пов-│психотерапия │ │ │ │

│ │диуреза. При необходимости: │ │торно). Краниография (повторно). │ │ │ │ │

│ │УЗИ молочных желез. Гормо- │ │При необходимости: УЗИ молочных │ │ │ │ │

│ │нальный статус (ЛГ, ФСГ, про-│ │желез (повторно). Гормональный │ │ │ │ │

│ │лактин, ТТГ, трийодтиронин, │ │статус (ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, │ │ │ │ │

│ │тестостерон, кортизол). Проба│ │эстрадиол, тестостерон, кортизол, │ │ │ │ │

│ │с РГ-ЛГ. Проба с дифенином. │ │трийодтиронин, тироксин) (повтор- │ │ │ │ │

│ │Тест толерантности к глюкозе,│ │но). Тест толерантности к глюкозе │ │ │ │ │

│ │гликированный гемоглобин │ │(повторно) │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Преждевремен-│Обследование в соответствии с│Педиатр, │Общий осмотр. Определение динамики │Гестагены в непрерывном режиме. При│2 - 3 раза в год │Уточнение │18 лет │

│ное созрева- │рубрикой АД. Определение кос-│окулист, │роста и вторичных половых призна- │необходимости: тиреоидные │ │диагноза. │ │

│ние по изо- │тного возраста. Краниография.│невропа- │ков. Определение костного возраста │препараты. Агонисты ГТ-РГ, антиго- │ │Хирургическое│ │

│сексуальному │УЗИ органов малого таза. Ин- │толог. │через 6 мес. УЗИ органов малого │надотропины. Нейротропные препара- │ │лечение │ │

│типу │декс созревания влагалищного │Эндокри- │таза (повторно). При необходимости:│ты. Мочегонные средства. Препара- │ │ │ │

│ │эпителия. При необходимости: │нолог (по │гормональный статус (ЛГ, ФСГ, про- │ты, улучшающие кровообращение │ │ │ │

│ │вагиноскопия. УЗИ молочных │показа- │лактин, ТТГ, эстрадиол, тестосте- │головного мозга │ │ │ │

│ │желез. Гормональный статус │ниям) │рон, кортизол) (повторно). УЗИ │ │ │ │ │

│ │(ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, │ │молочных желез (повторно). При │ │ │ │ │

│ │эстрадиол, тестостерон, │ │направлении для хирургического │ │ │ │ │

│ │кортизол, трийодтиронин, │ │лечения обследование в соответствии│ │ │ │ │

│ │тироксин, антитела к тирео- │ │с рубрикой БД │ │ │ │ │

│ │глобулину). Проба с РГ-ЛГ. │ │ │ │ │ │ │

│ │Проба с СГ-ТТГ. Поля зрения │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Адреногени- │Обследование в соответствии с│Невропато-│Общий осмотр. Осмотр наружных │Глюкокортикоиды │2 - 3 раза в год │Уточнение │18 лет │

│тальные │рубрикой АД. Определение │лог, │половых органов (повторно). Ректо- │ │ │диагноза. │ │

│расстройства │костного возраста. Краниогра-│генетик │абдоминальное исследование (повтор-│ │ │Хирургическое│ │

│(АГС │фия. УЗИ органов малого таза.│ │но). 17-КС в суточной моче (повтор-│ │ │лечение │ │

│врожденный) │УЗИ надпочечников. 17-КС в │ │но). Определение костного возраста │ │ │ │ │

│ │суточной моче. При необходи- │ │через 6 мес. УЗИ органов малого │ │ │ │ │

│ │мости: гормональный статус │ │таза (повторно). Гормональный ста- │ │ │ │ │

│ │(ЛГ, ФСГ, пролактин, АКТГ, │ │тус (ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, │ │ │ │ │

│ │тестостерон, кортизол, 17-ОП,│ │эстрадиол, тестостерон, кортизол, │ │ │ │ │

│ │ДГА). Проба с глюкокортикои- │ │17-ОП) (повторно). При направлении │ │ │ │ │

│ │дами, проба с АКТГ │ │для хирургического лечения: обсле- │ │ │ │ │

│ │(синоптенат) │ │дование в соответствии с рубрикой │ │ │ │ │

│ │ │ │БД │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Первичная │Обследование в соответствии с│Невропато-│Ректо-абдоминальное исследование │Свечи с антипростагландиновыми │3 раза в год │Диагности- │Нормальный│

│дисменорея │рубрикой АД. Базальная темпе-│лог, │(повторно). УЗИ органов малого таза│препаратами. Витамин Е. Седативные │ │ческая │менстру- │

│ │ратура. УЗИ органов малого │хирург (по│(повторно). При направлении для │препараты. Противорвотные препара- │ │лапароскопия.│альный │

│Вторичная │таза. При неободимости: проба│показа- │хирургического лечения: обследова- │ты. При необходимости: транквилиза-│ │Хирургическая│цикл в │

│дисменорея │с диклофенаком. Гормональный │ниям) │ние в соответствии с рубрикой БД. │торы. Психотропные препараты. │ │коррекция │течение │

│ │статус (прогестерон, эстради-│ │Гормональный статус (серотонин, │Антисеротониновые препараты. Дофа- │ │порока матки │1 года. │

│ │ол, пролактин, серотонин, │ │норадреналин) (повторно) │минергические препараты. Чистые │ │ │Стойкое │

│ │норадреналин). Гистероскопия.│ │ │гестагены. Агонисты РГ-ЛГ. │ │ │исчезнове-│

│ │Проба с вольтареном │ │ │Физиотерапия │ │ │ние │

│ │ │ │ │ │ │ │болевого │

│ │ │ │ │ │ │ │синдрома │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Врожденные │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Ректо-абдоминальное исследование │Рассечение атрезированного гимена. │2 - 3 раза в год │Обследование.│18 лет │

│аномалии │рубрикой АД. Зондирование или│уролог, │(повторно). Осмотр влагалища в │Пункция гематокольпоса при атрезии │ │Хирургическое│ │

│(пороки │осмотр влагалища в детских │генетик │детских зеркалах (повторно). УЗИ │части влагалища │ │лечение │ │

│развития) │зеркалах. УЗИ органов малого │(по пока- │органов малого таза (повторно). │ │ │ │ │

│тела и шейки │таза. Клинический анализ │заниям) │Бактериологическое исследование │ │ │ │ │

│матки │крови. Общий анализ мочи. При│ │содержимого влагалища на флору и │ │ │ │ │

│ │необходимости: вагинография │ │чувствительность к антибиотикам. │ │ │ │ │

│Гематометра │ │ │При направлении для хирургического │ │ │ │ │

│ │ │ │лечения: обследование в соответст- │ │ │ │ │

│Гематокольпос│ │ │вии с рубрикой БД. Вагинография │ │ │ │ │

│ │ │ │(повторно). Фибро- или гистероско- │ │ │ │ │

│ │ │ │пия искусственного влагалища │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Синдром │Обследование в соответствии с│Педиатр, │Меноциклограмма (повторно). Массо- │Циклическая витаминотерапия. │2 - 3 раза в год │Уточнение │Восстанов-│

│поликистоза │рубрикой АД. Массо-ростовой │окулист, │ростовой коэффициент (повторно). │Гестагены. Эстрогенгестагенные │ │диагноза. │ление │

│яичников │коэффициент. Меноциклограмма.│невропа- │Ректо-абдоминальное исследование │препараты │ │Хирургическое│менстру- │

│ │Гирсутное число. Определение │толог, │(повторно). УЗИ органов малого таза│ │ │лечение │ального │

│ │степени полового развития. │эндокри- │(повторно). 17-КС и ОКС в суточной │ │ │ │цикла │

│ │Антропометрия. УЗИ органов │нолог │моче (повторно). Базальная термо- │ │ │ │ │

│ │малого таза. Краниография. │ │метрия. При направлении для хирур- │ │ │ │ │

│ │17-КС и ОКС в суточной моче. │ │гического лечения: обследование в │ │ │ │ │

│ │Базальная термометрия. При │ │соответствии с рубрикой БД. Гормо- │ │ │ │ │

│ │необходимости: гормональный │ │нальный статус (ЛГ, ФСГ, эстрадиол,│ │ │ │ │

│ │статус (ЛГ, ФСГ, эстрадиол, │ │прогестерон, тестостерон, кортизол,│ │ │ │ │

│ │прогестерон, тестостерон, │ │ДГА, 17-ОП) (повторно) │ │ │ │ │

│ │кортизол, ДГА, 17-ОП). Проба │ │ │ │ │ │ │

│ │с клостильбегитом. Тест │ │ │ │ │ │ │

│ │резистентности к инсулину. │ │ │ │ │ │ │

│ │Гликированный гемоглобин │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┴─────────────────────────────┴──────────┴───────────────────────────────────┴───────────────────────────────────┴────────────────────┴─────────────┴──────────┤

│ Воспалительные болезни женских тазовых органов │

├─────────────┬─────────────────────────────┬──────────┬───────────────────────────────────┬───────────────────────────────────┬────────────────────┬─────────────┬──────────┤

│Хронический │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Влагалищное исследование (повтор- │Физиотерапия. При необходимости: │1 - 2 раза в месяц │Хирургическое│Выздоров- │

│сальпингит │рубрикой А. Клинический │гастроэн- │но). УЗИ органов малого таза │антибактериальная терапия. Блокато-│до выздоровления. В │лечение │ление │

│и оофорит │анализ крови. Общий анализ │теролог, │повторно). При направлении для │ры простагландинов. Иммуномодулято-│дальнейшем - 1 раз в│ │ │

│ │мочи. УЗИ органов малого │хирург │хирургического лечения: обследова- │ры. Иглорефлексотерапия. Эфферент- │мес. в течение 3 │ │ │

│ │таза. Анализ выделений из │ │ние в соответствии с рубрикой Б │ные методы лечения │мес. │ │ │

│ │цервикального канала на флору│ │ │ │ │ │ │

│ │и чувствительность к антибио-│ │ │ │ │ │ │

│ │тикам. При необходимости: │ │ │ │ │ │ │

│ │гистеросальпингография. │ │ │ │ │ │ │

│ │Гемостазиограмма │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Гидросаль- │Обследование в соответствии с│ │При направлении для хирургического │ │После выписки из │Хирургическое│Выздоров- │

│пинкс │рубрикой А. УЗИ органов мало-│ │лечения: обследование в соответст- │ │стационара, перед │лечение │ление │

│ │го таза. Термометрия. При │ │вии с рубрикой Б. Влагалищное │ │выпиской на работу │ │ │

│ │необходимости: гистеросаль- │ │исследование (повторно). УЗИ │ │ │ │ │

│ │пингография. Магнитно-резо- │ │органов малого таза (повторно). │ │ │ │ │

│ │нансная томография. Анализ │ │Термометрия │ │ │ │ │

│ │влагалищных выделений на │ │ │ │ │ │ │

│ │флору. Бактериальный посев из│ │ │ │ │ │ │

│ │цервикального канала │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Хроническая │Обследование в соответствии с│Физиотера-│Влагалищное исследование (повтор- │Витаминотерапия. Фитотерапия. При │1 - 2 раза в 1-ый │Отсутствие │Выздоров- │

│воспалитель- │рубрикой А. УЗИ органов мало-│певт, по │но). УЗИ органов малого таза │необходимости: антибактериальная │мес. до выздоровле- │эффекта от │ление │

│ная болезнь │го таза. Клинический анализ │показаниям│(повторно). При необходимости: │терапия. Иммуномодуляторы. │ния, в дальнейшем 1 │лечения в │ │

│матки │крови. Общий анализ мочи. │уролог │гистероскопия (повторно). Раздель- │Антиоксиданты. Блокаторы │раз в 3 мес. │амбулаторно- │ │

│ │Термометрия. При необходи- │ │ное диагностическое выскабливание │простагландинов │ │поликлиничес-│ │

│ │мости: биохимический анализ │ │эндометрия (повторно) │ │ │ких условиях │ │

│ │крови. С-реактивный белок. │ │ │ │ │ │ │

│ │Гемостазиограмма. Анализ │ │ │ │ │ │ │

│ │влагалищных выделений. Бакте-│ │ │ │ │ │ │

│ │риальный посев из цервикаль- │ │ │ │ │ │ │

│ │ного канала. Гистероскопия. │ │ │ │ │ │ │

│ │Раздельное диагностическое │ │ │ │ │ │ │

│ │выскабливание эндометрия │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Эндоцерницит,│Обследование в соответствии с│- │Влагалищное исследование (повтор- │Санация влагалища. │Контрольные осмотры │- │Выздоров- │

│экзоцервицит │рубрикой А. Анализ выделений │ │но). Клинический анализ крови (пов-│Антибактериальная терапия │после менструации в │ │ление │

│ │из цервикального канала на │ │торно). Кольпоскопия (повторно). │ │течение 2 - 3 │ │ │

│ │флору. При необходимости: │ │Анализ влагалищных мазков на флору │ │менструальных циклов│ │ │

│ │бактериологическое исследо- │ │(повторно). При необходимости: │ │ │ │ │

│ │вание на герпес, цитомегало- │ │бактериологическое исследование на │ │ │ │ │

│ │вирус, хламидии, уреаплазму, │ │герпес, цитомегаловирус, хламидии, │ │ │ │ │

│ │микоплазму. Выскабливание │ │уреаплазму, микоплазму (повторно) │ │ │ │ │

│ │слизистой цервикального │ │ │ │ │ │ │

│ │канала │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Киста │Обследование в соответствии с│- │Обследование в соответствии с │Хирургическое лечение - удаление │После выписки из │Хирургическое│Выздоров- │

│бартолиновой │рубрикой А. Анализ влагалищ- │ │рубрикой Б. Влагалищное │небольшой кисты бартолиновой │стационара, перед │лечение боль-│ление │

│железы │ных выделений на флору. При │ │исследование (повторно) │железы. Внутривенный наркоз или │выпиской на работу │ших кист │ │

│ │необходимости: бактериальный │ │ │местная инфильтрационная анестезия.│ │бартолиновой │ │

│ │посев из цервикального канала│ │ │Ненаркотические анальгетики │ │железы │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Вульвовагинит│Обследование в соответствии с│Эндокрино-│Влагалищное исследование (повтор- │Местное и общее противовоспалитель-│Повторный осмотр │- │Отсутствие│

│ │рубрикой А. Анализ влагалищ- │лог │но). Анализ мазка из влагалища и │ное лечение антибактериальными │после окончания │ │возбудите-│

│ │ных мазков на флору и на │ │цервикального канала на флору (пов-│препаратами с учетом чувствительно-│курса лечения и │ │лей забо- │

│ │онкоцитологию. УЗИ органов │ │торно). При необходимости: анализ │сти к возбудителю. Витаминотерапия.│после менструации в │ │левания и │

│ │малого таза. При необходимос-│ │мазка из цервикального канала на │При необходимости: лечение хламиди-│течение 3 мес. │ │местных │

│ │ти: анализ мазка из церви- │ │хламидии, микоплазму, герпес, │оза, уреаплазмоза, герпетической │ │ │воспали- │

│ │кального канала на хламидии, │ │уреаплазму (повторно) │инфекции, кандидоза, трихомоноза │ │ │тельных │

│ │микоплазму, уреаплазму, │ │ │ │ │ │явлений │

│ │герпес. Клинический анализ │ │ │ │ │ │ │

│ │крови. Общий анализ мочи. │ │ │ │ │ │ │

│ │Определение вирус-специфичес-│ │ │ │ │ │ │

│ │ких нуклеотидных последова- │ │ │ │ │ │ │

│ │тельностей (МФА, НФА, │ │ │ │ │ │ │

│ │ДНК-гибридизации) │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┴─────────────────────────────┴──────────┴───────────────────────────────────┴───────────────────────────────────┴────────────────────┴─────────────┴──────────┤

│ Доброкачественные новообразования женских половых органов │

├─────────────┬─────────────────────────────┬──────────┬───────────────────────────────────┬───────────────────────────────────┬────────────────────┬─────────────┬──────────┤

│Доброка- │Обследование в соответствии с│Онколог, │При направлении для хирургического │ │В первые 5 дней │Хирургическое│Отсутствие│

│чественные │рубрикой А. УЗИ органов │терапевт │лечения: обследование в соответст- │ │после выписки из │лечение │рецидива │

│новообра- │малого таза. При необходимос-│ │вии с рубрикой Б. Влагалищное │ │стационара, далее 1 │ │опухоли в │

│зования │ти: лапароскопия, компьютер- │ │исследование (повторно). УЗИ │ │раз в 3 мес. в │ │течение │

│яичников │ная томография, магнитно- │ │органов малого таза (повторно) │ │течение 1 года, │ │2 лет │

│ │резонансная томография. │ │ │ │затем 1 раз в 6 мес.│ │ │

│ │Рентгенография желудка. │ │ │ │ │ │ │

│ │Рентиноскопия желудка. │ │ │ │ │ │ │

│ │Ирригоскопия. Анализ крови на│ │ │ │ │ │ │

│ │онкомаркеры (СА-125, СЕА, │ │ │ │ │ │ │

│ │МСА). Гормональный статус │ │ │ │ │ │ │

│ │(эстрадиол, тестостерон). │ │ │ │ │ │ │

│ │Проба с дексаметазоном │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Подслизистая │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Влагалищное исследование (повтор- │После консервативной миомэктомии - │После выписки из │Хирургическое│Снятие с │

│лейомиома │рубрикой А. УЗИ органов │другие │но). При направлении для хирурги- │гормональное лечение гестагенами │стационара через 10 │лечение │учета не │

│матки │малого таза. При необходимос-│специа- │ческого лечения: обследование в │или агонистами ГТ-РГ или │дней и перед │ │рекоменду-│

│ │ти: гистеросальпингография. │листы по │соответствии с рубрикой Б. После │антигормонами │выпиской на работу. │ │ется до │

│ │Гистероскопия. Раздельное │показаниям│консервативной миомэктомии: УЗИ │ │После консервативной│ │конца жиз-│

│ │диагностическое выскабливание│ │органов малого таза (повторно). │ │миомэктомии - 1 раз │ │ни после │

│ │эндометрия │ │Гистеросальпингография (повторно). │ │в 6 мес. │ │консерва- │

│ │ │ │Гистероскопия (повторно) │ │ │ │тивной │

│ │ │ │ │ │ │ │миомэкто- │

│ │ │ │ │ │ │ │мии │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Интрамураль- │Обследование в соответствии с│То же │Влагалищное исследование (повтор- │Гормональное лечение гестагенами │Не реже 1 раза в 6 │Хирургическое│Снятие с │

│ная лейомиома│рубрикой А. УЗИ органов мало-│ │но). При направлении для хирурги- │или агонистами ГТ-РГ, или │мес. При хирургичес-│лечение. Ди- │учета не │

│матки │го таза. При необходимости: │ │ческого лечения: обследование в │антигормонами │ком лечении: через │агностическое│рекоменду-│

│ │гистеросальпингография. │ │соответствии с рубрикой Б. УЗИ │ │10 дней после выпис-│выскабливание│ется до │

│Субсерозная │Гистероскопия. Раздельное │То же │органов малого таза (повторно) │ │ки из стационара и │слизистой │конца жиз-│

│лейомиома │диагностическое выскабливание│ │ │ │перед выпиской на │матки │ни, если │

│матки │эндометрия │ │ │ │работу, в дальнейшем│ │операция │

│ │ │ │ │ │1 раз в 6 мес. │ │не была │

│ │ │ │ │ │ │ │произве- │

│ │ │ │ │ │ │ │дена │

├─────────────┴─────────────────────────────┴──────────┴───────────────────────────────────┴───────────────────────────────────┴────────────────────┴─────────────┴──────────┤

│ Невоспалительные болезни женских половых органов │

├─────────────┬─────────────────────────────┬──────────┬───────────────────────────────────┬───────────────────────────────────┬────────────────────┬─────────────┬──────────┤

│Эндометриоз │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Влагалищное исследование (повтор- │Гормональное лечение гестагенами │1 раз в 6 мес. После│Уточнение │Отсутствие│

│матки │рубрикой А. УЗИ органов мало-│гематолог,│но). УЗИ органов малого таза (пов- │или антигонадотропинами, или │хирургического │диагноза. │проявлений│

│ │го таза. Гистероскопия с │гастро- │торно). При направлении для хирур- │агонистами ГТ-РГ │лечения в первые 5 │Хирургическое│заболева- │

│ │последующим раздельным диаг- │энтеролог │гического лечения: обследование в │ │дней после операции,│лечение │ния при │

│ │ностическим выскабливанием │и другие │соответствии с рубрикой Б. При │ │далее 1 раз в 7 - 10│ │вступлении│

│ │эндометрия. Гистеросальпин- │специа- │необходимости: компьютерная │ │дней в течение 2 │ │в менопау-│

│ │гография. При необходимости: │листы по │томография (повторно). Магнитно- │ │мес., затем 1 раз в │ │зу. Выздо-│

│ │компьютерная томография, │показаниям│резонансная томография (повторно). │ │год │ │ровление │

│ │магнитно-резонансная томогра-│ │Ректороманоскопия (повторно) │ │ │ │ │

│ │фия. Ректороманоскопия │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Эндометриоз │Обследование в соответствии с│Терапевт и│При направлении для хирургического │Гормональное лечение гестагенами │В первые 5 дней │Хирургическое│Отсутствие│

│яичников │рубрикой А. УЗИ органов мало-│другие │лечения: обследование в соответст- │или антигонадотропинами, или │после выписки из │лечение. │проявлений│

│ │го таза. При необходимости: │специа- │вии с рубрикой Б. Влагалищное │агонистами ГТ-РГ, или агонистами │стационара, далее 1 │Лапароскопия │заболева- │

│ │компьютерная томография, маг-│листы по │исследование (повторно). УЗИ орга- │простагландинов │раз в 10 дней в те- │ │ния при │

│ │нитно-резонансная томография │показаниям│нов малого таза (повторно). При │ │чение 2 мес., затем │ │вступлении│

│ │ │ │необходимости: компьютерная томо- │ │1 раз в 3 - 6 мес. │ │в менопау-│

│ │ │ │графия (повторно), магнитно-резо- │ │до наступления │ │зу. Выздо-│

│ │ │ │нансная томография (повторно) │ │менопаузы │ │ровление │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Эндометриоз │Обследование в соответствии с│То же │Влагалищное исследование (повтор- │Гормональное лечение антигонадотро-│1 раз в 6 мес. После│Уточнение │Отсутствие│

│маточной │рубрикой А. УЗИ органов мало-│ │но). УЗИ органов малого таза (пов- │пинами или агонистами ГТ-РГ │хирургического лече-│диагноза. │проявлений│

│трубы │го таза. Гистеросальпингогра-│ │торно). При направлении для хирур- │ │ния в первые 5 дней │Хирургическое│заболева- │

│ │фия. При необходимости: ком- │ │гического лечения: обследование в │ │после выписки из │лечение │ния при │

│ │пьютерная томография, магнит-│ │соответствии с рубрикой Б. При │ │стационара, далее 1 │ │вступлении│

│ │но-резонансная томография │ │необходимости: компьютерная томо- │ │раз в 7 - 10 дней в │ │в менопау-│

│ │ │ │графия (повторно), магнитно-резо- │ │течение 2 мес., │ │зу. Выздо-│

│ │ │ │нансная томография (повторно) │ │затем 1 раз в год │ │ровление │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Эндометриоз │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Влагалищное исследование (повтор- │Гормональное лечение гестагенами │1 раз в 6 мес. После│Уточнение │Выздоров- │

│ректо- │рубрикой А. Ирригоскопия. │проктолог,│но). Ректовагинальное исследование │или антигонадотропинами или агонис-│хирургического лече-│диагноза. │ление. │

│вагинальной │Ректовагинальное исследова- │другие │(повторно). УЗИ органов малого таза│тами ГТ-РГ, или агонистами простаг-│ния - в первые 5 │Хирургическое│Отсутствие│

│перегородки │ние. УЗИ органов малого таза.│специа- │(повторно). При направлении для хи-│ландинов. Нестероидные противовос- │дней после выписки │лечение │рецидива │

│и влагалища │При необходимости: биопсия │листы по │рургического лечения: обследование │палительные препараты │из стационара, далее│ │заболева- │

│ │влагалища. Ректороманоскопия │показаниям│в соответствии с рубрикой Б │ │1 раз в 7 - 10 дней │ │ния к пе- │

│ │ │ │ │ │в течение 2 мес., │ │риоду нас-│

│ │ │ │ │ │затем 1 раз в год │ │тупления │

│ │ │ │ │ │ │ │менопаузы │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Цистоцеле │Обследование в соответствии с│Уролог, │Влагалищное исследование (повтор- │Ношение бандажа │После выписки из │Хирургическое│Выздоров- │

│ │рубрикой А. Анализ влагалищ- │другие │но). При направлении для хирурги- │ │стационара, перед │лечение │ление │

│ │ных выделений на флору. │специа- │ческого лечения: обследование в │ │выпиской на работу │ │ │

│ │Влагалищные исследования с │листы - по│соответствии с рубрикой Б │ │ │ │ │

│ │использованием функциональных│показаниям│ │ │ │ │ │

│ │проб (кашлевой, Вальсальвы) │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Неполное │Обследование в соответствии с│Уролог, │Влагалищное исследование (повтор- │Введение во влагалище резинового │После выписки из │Хирургическое│Выздоров- │

│выпадение │рубрикой А. Анализ влагалищ- │другие │но). Кольпоскопия (повторно). При │кольца или пессария. Спринцевание │стационара, далее │лечение │ление │

│матки и │ных выделений на флору. │специа- │направлении для хирургического │дезинфицирующим раствором. Ношение │через 3 мес. │ │ │

│влагалища │Влагалищное исследование с │листы - по│лечения: обследование в соответ- │бандажа │ │ │ │

│(выпадение │использованием функциональных│показаниям│ствии с рубрикой Б │ │ │ │ │

│шейки матки, │проб. │ │ │ │ │ │ │

│выпадение │ │ │ │ │ │ │ │

│влагалища 1 │ │ │ │ │ │ │ │

│- 2 степени) │ │ │ │ │ │ │ │

│Полное │При необходимости: УЗИ │ │ │ │ │ │ │

│выпадение │органов малого таза. Биопсия │ │ │ │ │ │ │

│матки и │шейки матки. Гистероскопия. │ │ │ │ │ │ │

│влагалища │Раздельное диагностическое │ │ │ │ │ │ │

│ │выскабливание эндометрия │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Пузырно- │Обследование в соответствии │Уролог │Влагалищное исследование (повтор- │ │Ежеквартально. После│Хирургическое│Выздоров- │

│влагалищный │с рубрикой А. Анализ влага- │ │но). Общий анализ мочи. При направ-│ │выписки из стацио- │лечение │ление │

│свищ │лищных выделений на флору │ │лении для хирургического лечения: │ │нара, перед выпиской│ │ │

│ │ │ │обследование в соответствии с │ │на работу │ │ │

│ │ │ │рубрикой Б │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Другие свищи │См. рубрику N 82.0 │Уролог │См. рубрику N 82.0 │ │См. рубрику N 82.0 │Хирургическое│Выздоров- │

│женских │ │ │ │ │ │лечение │ление │

│мочеполовых │ │ │ │ │ │ │ │

│органов: │ │ │ │ │ │ │ │

│а) шеечно- │ │ │ │ │ │ │ │

│мочепузырный │ │ │ │ │ │ │ │

│б) мочеточни-│ │ │ │ │ │ │ │

│ково-влага- │ │ │ │ │ │ │ │

│лищный │ │ │ │ │ │ │ │

│в) уретро- │ │ │ │ │ │ │ │

│вагинальный │ │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Свищ влага- │Обследование в соответствии с│Хирург │При направлении для хирургического │- │Кратность не │Хирургическое│Выздоров- │

│лищно-тонко- │рубрикой А. Анализ влагалищ- │ │лечения: обследование в соответ- │ │ограничена. После │лечение │ление │

│кишечный │ных выделений на флору │ │ствии с рубрикой Б. Влагалищное │ │выписки из стацио- │ │ │

│ │ │ │исследование (повторно) │ │нара, перед выпиской│ │ │

│ │ │ │ │ │на работу │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Обильные и │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Клинический анализ крови (повтор- │Ингибиторы простагландинсинтетазы. │При кровотечении не │Отсутствие │Через 12 │

│частые менст-│рубрикой А. Массо-ростовой │гематолог,│но). УЗИ органов малого таза (пов- │Ингибиторы фибринолиза. Препараты, │реже 1 раза в нед., │эффекта от │мес. после│

│руации при │коэффициент. Меноциклограмма.│и др. │торно). Влагалищное исследование │влияющие на проницаемость сосудис- │по окончании крово- │лечения в │стойкой │

│регулярном │Тесты функциональной диагнос-│специа- │(повторно) │той стенки. Антианемическая тера- │течения 1 раз в │амбулаторно- │нормализа-│

│менструальном│тики (базальная температура, │листы по │ │пия. При необходимости: гормональ- │1 - 2 нед. в течение│поликлиничес-│ции менст-│

│цикле │симптом "зрачка", симптом │показаниям│ │ный гемостаз. Эстрогенгестагенные │1 - 2 мес. После │ких условиях │руального │

│ │кристаллизации слизи). Гемо- │ │ │препараты │нормализации менст- │ │цикла или │

│ │глобин до и после менструа- │ │ │ │руального цикла 1 │ │после нас-│

│Меноррагия │ции. Гемостазиограмма. УЗИ │ │ │ │раз в 3 мес. в │ │тупления │

│Полименорея │органов малого таза. Аспира- │ │ │ │течение 1 года │ │стойкой │

│ │ционная биопсия эндометрия. │ │ │ │ │ │постмено- │

│ │Гистеросальпингография. Гис- │ │ │ │ │ │паузы │

│ │тероскопия, раздельное диаг- │ │ │ │ │ │ │

│ │ностическое выскабливание │ │ │ │ │ │ │

│ │эндометрия с последующим гис-│ │ │ │ │ │ │

│ │тологическим исследованием. │ │ │ │ │ │ │

│ │Гормональный статус (ЛГ, ФСГ,│ │ │ │ │ │ │

│ │эстрадиол, тестостерон, бета-│ │ │ │ │ │ │

│ │ХГЧ). Клинический анализ │ │ │ │ │ │ │

│ │крови │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Обильные и │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Клинический анализ крови (повтор- │Ингибиторы простагландинсинтетазы. │При кровотечении не │Отсутствие │Через 12 │

│частые │рубрикой А. Массо-ростовой │гематолог,│но). УЗИ органов малого таза (пов- │Ингибиторы фибринолиза. Препараты, │реже 1 раза в нед., │эффекта от │мес. после│

│менструации │коэффициент. Меноциклограмма.│и др. │торно). Влагалищное исследование │влияющие на проницаемость │по окончании крово- │лечения в │стойкой │

│при │Тесты функциональной диагнос-│специа- │(повторно) │сосудистой стенки. Антианемическая │течения 1 раз в │амбулаторно- │нормализа-│

│нерегулярном │тики (базальная температура, │листы по │ │терапия. При необходимости: гормо- │1 - 2 нед. в течение│поликлиничес-│ции менст-│

│цикле (мено- │симптом "зрачка", симптом │показаниям│ │нальный гемостаз. Эстрогенгестаген-│1 - 2 мес. После │ких условиях │руального │

│метроррагия) │кристаллизации слизи). │ │ │ные препараты или прогестагены для │нормализации менст- │ │цикла или │

│ │Гемоглобин до и после менст- │ │ │регуляции менструального цикла │руального цикла 1 │ │после нас-│

│Обильные │руации. Гемостазиограмма. УЗИ│ │ │ │раз в 3 мес. в тече-│ │тупления │

│кровотечения │органов малого таза. Аспира- │ │ │ │ние 1 года │ │стойкой │

│в предмено- │ционная биопсия эндометрия. │ │ │ │ │ │постмено- │

│паузальном │Гистеросальпингография. │ │ │ │ │ │паузы │

│периоде │Гистероскопия, раздельное │ │ │ │ │ │ │

│ │диагностическое выскабливание│ │ │ │ │ │ │

│ │эндометрия с последующим │ │ │ │ │ │ │

│ │гистологическим исследовани- │ │ │ │ │ │ │

│ │ем. Гормональный статус (ЛГ, │ │ │ │ │ │ │

│ │ФСГ, эстрадиол; тестостерон, │ │ │ │ │ │ │

│ │бета-ХГЧ). Клинический анализ│ │ │ │ │ │ │

│ │крови. Маммография. Компью- │ │ │ │ │ │ │

│ │терная томография │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Первичная │Обследование в соответствии с│Терапевт │Влагалищное исследование (повтор- │Заместительная гормональная терапия│4 раза в год, каждые│Лапароскопия │50 - 55 │

│аменорея в │рубрикой А. УЗИ органов мало-│2 раза в │но). УЗИ органов малого таза (по- │в циклическом режиме │3 мес. │ │лет │

│связи с │го таза. Генетическое обсле- │год │вторно). Маммография. При направле-│ │ │ │ │

│чистым │дование (половой хроматин, │генетик, │нии для лапароскопии: обследование │ │ │ │ │

│гонадным │кариотип). Рентгенография │фтизиатр │в соответствии с рубрикой Б. При │ │ │ │ │

│дисгенезом │черепа. Гормональный статус │ │необходимости: денситометрия (пов- │ │ │ │ │

│и первичной │(ЛГ, ФСГ, эстриол). Гормо- │ │торно). Определение плотности кост-│ │ │ │ │

│яичниковой │нальные пробы: с гестагенами;│ │ной ткани (повторно). Липидный │ │ │ │ │

│недостаточ- │с эстрогенгестагенами. При │ │спектр крови (повторно) │ │ │ │ │

│ностью │необходимости: липидный │ │ │ │ │ │ │

│ │спектр крови. Определение │ │ │ │ │ │ │

│ │плотности костной ткани. │ │ │ │ │ │ │

│ │Денситометрия │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Синдром │Обследование в соответствии с│Терапевт, │При направлении для хирургического │Заместительная гормональная терапия│Каждые 3 мес. │Хирургическое│50 - 55 │

│Тернера │рубрикой А. УЗИ органов мало-│генетик, │лечения: обследование в соответст- │в циклическом режиме │ │лечение │лет │

│ │го таза. Генетическое обсле- │фтизиатр │вии с рубрикой Б. УЗИ органов мало-│ │ │ │ │

│ │дование (половой хроматин, │ │го таза (повторно). Маммография. │ │ │ │ │

│ │кариотип). Рентгенография │ │Влагалищное исследование (повтор- │ │ │ │ │

│ │черепа. Гормональный статус │ │но). При необходимости: денситомет-│ │ │ │ │

│ │(ЛГ, ФСГ, эстриол). Гормо- │ │рия (повторно). Определение плот- │ │ │ │ │

│ │нальные пробы: с гестагенами;│ │ности костной ткани (повторно). │ │ │ │ │

│ │с эстрогенгестагенами. При │ │Липидный спектр крови (повторно) │ │ │ │ │

│ │необходимости: липидный │ │ │ │ │ │ │

│ │спектр крови. Определение │ │ │ │ │ │ │

│ │плотности костной ткани. │ │ │ │ │ │ │

│ │Денситометрия │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Вторичная │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Влагалищное исследование (повтор- │Циклическая гормональная терапия. │Каждые 3 мес. │ │50 - 55 │

│аменорея │рубрикой А. Гормональные │генетик, │но). УЗИ органов малого таза │При необходимости: антибактериаль- │ │ │лет │

│ │пробы: с эстрогенгестагенами;│фтизиатр │(повторно) │ная терапия. Неспецифическая проти-│ │ │ │

│ │с гестагенами. УЗИ органов │ │ │вовоспалительная терапия │ │ │ │

│ │малого таза. Раздельное │ │ │ │ │ │ │

│ │диагностическое выскабливание│ │ │ │ │ │ │

│ │эндометрия. При необходимо- │ │ │ │ │ │ │

│ │сти: гистероскопия. Бакте- │ │ │ │ │ │ │

│ │риологическое исследование │ │ │ │ │ │ │

│ │содержимого из полости матки │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Синдром │Обследование в соответствии с│Эндокрино-│Тесты функциональной диагностики │Лечебное питание. Иглорефлексотера-│1 год - 1 раз в 3 │Отсутствие │Ремиссия │

│предменст- │рубрикой А. Тесты функцио- │лог, │(повторно). Диурез (повторно). При │пия. Физиотерапия. При необходимос-│мес. │эффекта от │или значи-│

│руального │нальной диагностики. Диурез. │терапевт, │необходимости: гормональный статус │ти: дофаминергические препараты. │2 и 3 год - 1 раз │терапии в те-│тельное │

│напряжения │Краниограмма. УЗИ органов ма-│уролог, │(пролактин, серотонин, гистамин, │Гестагены. Витаминотерапия. │в 6 мес. │чение 3 мес. │улучшение │

│1) Нейро- │лого таза. При необходимости:│хирург, │прогестерон, простагландины) │Седативная терапия. Ноотропные │ │Ухудшение │состояния │

│психическая │маммография. Гормональный │окулист, │(повторно) │препараты │ │состояния с │с исчезно-│

│форма │статус (пролактин, серотонин,│невропато-│ │ │ │длительной │вением │

│2) Цефалги- │гистамин, прогестерон, │лог │ │ │ │потерей │ведущих │

│ческая форма │простагландины) │ │ │ │ │трудоспособ- │симптомов │

│ │ │ │ │ │ │ности │в течение │

│ │ │ │ │ │ │ │года │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│3) Отечная │Обследование в соответствии с│Эндокрино-│Базальная термометрия. Диурез │Лечебное питание. Гестагены. Нейро-│1 год - 1 раз │Отсутствие │Ремиссия │

│форма │рубрикой А. Базальная термо- │лог, │(повторно). При необходимости: │лептики. Антигистаминные препара- │в 3 мес. │эффекта от │или значи-│

│ │метрия. Диурез. При необходи-│терапевт, │анализ мочи по Зимницкому, Нечипо- │ты. При необходимости: препараты │2 и 3 год - 1 раз │терапии в те-│тельное │

│ │мости: УЗИ органов малого │уролог, │ренко (повторно). Проба Реберга │группы пиридоксина. Диуретические │в 6 мес. │чение 3 мес. │улучшение │

│ │таза. УЗИ почек. Анализ мочи │хирург, │(повторно). Биохимическое исследо- │средства │ │Ухудшение │состояния │

│ │по Зимницкому, Нечипоренко. │невропато-│вание крови (креатинин, остаточный │ │ │состояния с │с исчезно-│

│ │Проба Реберга. Биохимическое │лог, │азот, мочевина) (повторно). Гормо- │ │ │длительной │вением │

│ │исследование крови (креати- │окулист │нальный статус (альдостерон, серо- │ │ │потерей │ведущих │

│ │нин, остаточный азот, мочеви-│ │тонин, прогестерон) (повторно) │ │ │трудоспособ- │симптомов │

│ │на). Гормональный статус │ │ │ │ │ности │в течение │

│ │(альдостерон, серотонин, │ │ │ │ │ │года │

│ │прогестерон) │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│4) Кризовая │Обследование в соответствии с│Эндокри- │Диурез (повторно). Рентгенография │Лечебное питание. Дофаминергические│1 год ежемесячно. │Отсутствие │Через год │

│форма │рубрикой А. Диурез. Рентгено-│нолог, │черепа (повторно). При необходимо- │препараты. При необходимости: анти-│2 год - 1 раз в 3 │эффекта от │после ис- │

│ │графия черепа. При необходи- │невропа- │сти: компьютерная томография │адренертические препараты, транкви-│мес. │терапии в те-│чезновения│

│ │мости: УЗИ органов малого │толог, │черепа, надпочечников (повторно). │лизаторы. Гипотензивные препараты. │3 год - 1 раз в 6 │чение 3 мес. │основных │

│ │таза. УЗИ почек и области │нейрохи- │УЗИ почек и области надпочечников │Средства, улучшающие кровообращение│мес. │Ухудшение │симптомов │

│ │надпочечников. Компьютерная │рург, │(повторно). Гормональный статус │головного мозга. Спазмолитические │ │состояния с │заболева- │

│ │томография черепа, надпочеч- │окулист, │(пролактин, серотонин) (повторно) │средства. Витаминотерапия. Антигис-│ │длительной │ния │

│ │ников. Катехоламины в моче. │терапевт │ │таминные препараты. Ноотропные │ │потерей │ │

│ │Гормональный статус (пролак- │ │ │препараты │ │трудоспособ- │ │

│ │тин, серотонин) │ │ │ │ │ности │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Менопауза и │Обследование в соответствии с│Эндокрино-│Влагалищное исследование (повтор- │Седативная терапия. Психотерапия │1 год - 1 раз в 3 │Тяжелые формы│Отсутствие│

│климактери- │рубрикой А. УЗИ органов мало-│лог, нев- │но). УЗИ органов малого таза (пов- │Негормональная терапия (симпатоли- │мес. │заболевания, │симптомов │

│ческое │го таза. ЭКГ. Клинический │ропатолог,│торно). Клинический анализ крови │тики, бета-адреноблокаторы). При │2 и 3 год - 1 раз в │не поддающие-│заболева- │

│состояние │анализ крови. Протромбиновый │хирург, │протромбиновый индекс (повторно). │необходимости: заместительная │6 мес. │ся обычной │ния в │

│женщины │индекс. При необходимости: │нейрохи- │При необходимости гемостазиограмма │гормональная терапия. Циклическая │ │терапии. │течение │

│ │гормональный статус (пролак- │рург, │(повторно). Маммография (повторно).│гормональная терапия. Дофаминерги- │ │Выраженные │5 - 10 лет│

│ │тин, ТТГ, эстриол, трийодти- │уролог, - │Гормональный статус (пролактин, │ческие препараты. Гомеопатическая │ │аллергические│ │

│ │ронин, тироксин, ЛГ, ФСГ). │кардиолог │ТТГ, трийодтиронин, тироксин) │терапия │ │проявления │ │

│ │Гликемический профиль. Липид-│- по │(повторно). Остеометрия (повторно).│ │ │ │ │

│ │ный спектр крови. Гемостазио-│показаниям│Вегетативные пробы (повторно) │ │ │ │ │

│ │грамма. Сосудистый кровоток. │ │ │ │ │ │ │

│ │Вегетативные пробы. Маммо- │ │ │ │ │ │ │

│ │графия. Остеометрия │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Состояния, │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Индекс Купермана (повторно). УЗИ │Негормональная терапия (симпато- │1 год - 1 раз в 3 │Тяжелые формы│Отсутствие│

│связанные с │рубрикой А. Индекс Купермана.│хирург, │органов малого таза (повторно). │литики, бета-адрено-блокаторы) или │мес. │заболевания, │симптомов │

│искусственно │УЗИ органов малого таза. Ге- │уролог, │Маммография (повторно). Влагалищное│заместительная гормональная тера- │2 и 3 год - 1 раз в │не поддающие-│заболева- │

│вызванной │мосгазиограмма. Маммография. │кардиолог,│исследование (повторно). При необ- │пия. Седативная терапия. Физиотера-│6 мес. │ся обычной │ния │

│менопаузой │ЭКГ. При необходимости гормо-│невропато-│ходимости: гемостазиограмма (пов- │пия. При необходимости: гомеопати- │ │терапии. │ │

│ │нальный статус (ФСГ, ЛГ, про-│лог - по │торно). Общий и ионизированный Ca. │ческая терапия. Местная гормональ- │ │Выраженные │ │

│ │лактин, эстриол, ТТГ, тирок- │показаниям│Суточная экскреция Ca с мочой. │ная терапия. Терапия остеопороза │ │аллергические│ │

│ │син, трийодтиронин). Рентге- │ │Липидный спектр крови (повторно) │ │ │проявления. │ │

│ │новская двухэнергетическая │ │ │ │ │Развитие │ │

│ │денситомегрия. УЗИ пяточной │ │ │ │ │признаков │ │

│ │кости. Общий и ионизированный│ │ │ │ │выраженного │ │

│ │Ca. Суточная экскреция Ca с │ │ │ │ │остеопороза │ │

│ │мочой. Липидный спектр крови │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┴─────────────────────────────┴──────────┴───────────────────────────────────┴───────────────────────────────────┴────────────────────┴─────────────┴──────────┤

│ Динамическое наблюдение за женщинами с бесплодием │

├─────────────┬─────────────────────────────┬──────────┬───────────────────────────────────┬───────────────────────────────────┬────────────────────┬─────────────┬──────────┤

│Женское │Обследование в соответствии с│Терапевт, │Базальная термометрия. При │Гормональное лечение гестагенами, │1 раз в месяц │Синдром │Беремен- │

│бесплодие, │рубрикой А. Гирсутное число. │эндокрино-│проведении стимуляции овуляции: УЗИ│оральными контрацептивами. │ │гиперстиму- │ность │

│связанное с │Массо-ростовой коэффициент. │лог, нев- │органов малого таза (1 раз в │Стимуляторы овуляции, глюкокортико-│ │ляции яични- │ │

│отсутствием │Базальная термометрия. Анализ│ропатолог,│месяц). Определение уровня прогес- │иды, дофаминергические препараты │ │ков (СГЯ) │ │

│овуляции │крови на RW, ВИЧ, гепатит. │окулист. │терона в плазме крови на 4 - 6 день│ │ │средней и │ │

│ │Группа крови и резус-фактор. │Консуль- │подъема базальной температуры (1 │ │ │тяжелой │ │

│ │Клинический анализ крови. │тация │раз в месяц при гиперпролактине- │ │ │степени │ │

│ │Общий анализ мочи. Анализ │уролога │мии). Определение уровня пролактина│ │ │ │ │

│ │влагалищных выделений на фло-│для обсле-│в плазме крови (1 раз в месяц при │ │ │ │ │

│ │ру. Бактериологическое иссле-│дования │лечении гиперпролактинемии) │ │ │ │ │

│ │дование мазков из влагалища, │мужа │ │ │ │ │ │

│ │цервикального канала. Иссле- │ │ │ │ │ │ │

│ │дование влагалищного отделя- │ │ │ │ │ │ │

│ │емого на хламидии, уреаплаз- │ │ │ │ │ │ │

│ │му, микоплазму, герпес, цито-│ │ │ │ │ │ │

│ │мегаловирус. Гормональный │ │ │ │ │ │ │

│ │статус (при сохраненном ритме│ │ │ │ │ │ │

│ │менструаций на 5 - 7 день │ │ │ │ │ │ │

│ │цикла: пролактин, тестосте- │ │ │ │ │ │ │

│ │рон, ДЭА-С; при нарушении │ │ │ │ │ │ │

│ │ритма менструаций: пролактин,│ │ │ │ │ │ │

│ │ЛГ, ФСГ, тестостерон, корти- │ │ │ │ │ │ │

│ │зол, ДЭА-С, ТТГ, трийодтиро- │ │ │ │ │ │ │

│ │нин, тироксин, эстрадиол). │ │ │ │ │ │ │

│ │Посткоитальный тест. При │ │ │ │ │ │ │

│ │необходимости: компьютерная │ │ │ │ │ │ │

│ │томография гипофиза. УЗИ │ │ │ │ │ │ │

│ │органов малого таза. УЗИ │ │ │ │ │ │ │

│ │молочных желез. Гистеросаль- │ │ │ │ │ │ │

│ │пингография. Спермограмма │ │ │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Женское │То же │Консульта-│Анализ влагалищных выделений на │Антибактериальная терапия. │После окончания │Острые и │Беремен- │

│бесплодие │ │ция │флору (повторно). │Физиотерапия. Гормональное лечение │курса терапии. │хронические │ность │

│трубного │ │терапевта.│Бактериологическое исследование │гестагенами, оральными контрацепти-│Явка определяется │воспалитель- │ │

│происхождения│ │Консульта-│мазков из влагалища, цервикального │вами. ЭКО (по показаниям) │показаниями │ные заболева-│ │

│ │ │ция │канала (повторно). Исследование │ │ │ния внутрен- │ │

│ │ │уролога │влагалищного отделяемого на │ │ │них половых │ │

│ │ │(для мужа)│хламидии, уреаплазму, микоплазму, │ │ │органов при │ │

│ │ │ │герпес, цитомегаловирус (повторно) │ │ │отсутствии │ │

│ │ │ │ │ │ │эффекта от │ │

│ │ │ │ │ │ │лечения в │ │

│ │ │ │ │ │ │амбулаторно- │ │

│ │ │ │ │ │ │поликлиничес-│ │

│ │ │ │ │ │ │ких условиях │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Женское │То же │То же │Влагалищное исследование │Гормональное лечение гестагенами, │1 раз в месяц │Острый эндо- │Беремен- │

│бесплодие │ │ │(повторно), УЗИ органов малого таза│оральными контрацептивами. │ │метрит. │ность │

│маточного │ │ │(повторно) │Антибактериальная терапия │ │Хронический │ │

│происхождения│ │ │ │ │ │эндометрит │ │

│ │ │ │ │ │ │при отсутст- │ │

│ │ │ │ │ │ │вии эффекта │ │

│ │ │ │ │ │ │от лечения в │ │

│ │ │ │ │ │ │амбулаторно- │ │

│ │ │ │ │ │ │поликлини- │ │

│ │ │ │ │ │ │ческих │ │

│ │ │ │ │ │ │условиях │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Женское │То же │То же │Анализ влагалищных выделений на │Лазеротерапия шейки матки. │1 раз в месяц │ │Беремен- │

│бесплодие │ │ │флору 1 раз в месяц при проведении │ИИСМ. ЭКО (по показаниям) │ │ │ность │

│цервикального│ │ │искусственной инсеминации спермой │ │ │ │ │

│происхождения│ │ │мужа (ИИСМ) с предварительной │ │ │ │ │

│ │ │ │обработкой спермы) При необходи- │ │ │ │ │

│ │ │ │мости: кольпоскопия (повторно). УЗИ│ │ │ │ │

│ │ │ │органов малого таза (повторно) │ │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Другие формы │То же │То же │Базальная термометрия. При │Гормональное лечение гестагенами, │На фоне терапии - 1 │ │Беремен- │

│женского │ │ │необходимости: УЗИ органов малого │оральными контрацептивами, │раз в месяц │ │ность │

│бесплодия │ │ │таза (повторно) │антигонадотропными препаратами, │ │ │ │

│ │ │ │ │агонистами ГТ-РГ. Антибактериальная│ │ │ │

│ │ │ │ │терапия. Физиотерапия. ЭКО (по │ │ │ │

│ │ │ │ │показаниям) │ │ │ │

├─────────────┼─────────────────────────────┼──────────┼───────────────────────────────────┼───────────────────────────────────┼────────────────────┼─────────────┼──────────┤

│Женское │То же │То же │То же │ЭКО │По показаниям │ │Беремен- │

│бесплодие │ │ │ │ │ │ │ность │

│неуточненное │ │ │ │ │ │ │ │

└─────────────┴─────────────────────────────┴──────────┴───────────────────────────────────┴───────────────────────────────────┴────────────────────┴─────────────┴──────────┘

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ

БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Диагноз  |  Перечень диагностических  процедур, для выбора метода и установления его осложнений | Осмотр врачами других специ- альностей  | Перечень диагностических процедур, проводимых в процессе наблюдения и  лечения  | Лечебно-оздоровительные мероприятия |  Периодичность  повторных осмотров  врачом акушером-гинекологом |  Показания к стационарному лечению  |  Критерии  снятия  с учета  |
|  1  |  2  |  3  |  4  |  5  |  6  |  7  |  8  |
|  Обследование в соответствии с рубрикой А:  консультирование, общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения и молочных желез, исследование при помощи зеркал, кольпоскопия,  влагалищное исследование, цитологическое исследование мазков (РАР-тест)  |
|  1. Искусственное прерывание беременности  |
| Прерывание беременности (мини-аборт)  | Обследование в соответствии срубрикой А. Иммунологический тест на беременность. Опреде-ление группы и резус-фактора крови у первобеременных. Анализ крови на ВИЧ, RW, HBS.Бактериоскопическое исследо- вание мазков из влагалища, цервикального канала, уретры.УЗИ органов малого таза. Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, микоплазму, герпес, цитомегаловирус (по показаниям)  | По показаниям | Общее состояние. Пульс. Характер выделений. Пальпация живота. Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследо- вание (повторно). УЗИ органов малого таза (повторно). Гистологи- ческое исследование аспирата (по показаниям)  | Вакуум-аспирация без расширения цервикального канала шейки матки. Анестезиологическое пособие при малых гинекологических операциях. Консервативный аборт с использова- нием фармакологических средств (синтетические аналоги простаглан- динов - гемепрост, сульпростан, антипрогестины и др.). Введение антирезусного иммуноглобулина в течение 72 ч после прерывания беременности женщинам с Rh (-) принадлежностью крови без явлений сенсибилизации. Подбор метода контрацепции  | 7 - 10 день после операции. Через 1 мес. (после первой менструации). В дальнейшем - по методу контрацепции  |  | Начало использо- вания метода контрацеп-ции  |
| Прерывание беременности до 12 нед.  | Обследование в соответствии срубрикой А. Иммунологический тест на беременность. Опреде-ление группы и резус-фактора крови у первобеременных. Анализ крови на ВИЧ, RW, HBS.Бактериоскопическое исследо- вание мазков из влагалища, цервикального канала, уретры.УЗИ органов малого таза. Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, микоплазму, герпес, цитомегаловирус (по показаниям)  | По показаниям | Общее состояние. Пульс. Пальпация живота. Характер выделений. Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследование (повторно). УЗИ органов малого таза (повторно). Клинический анализ крови (по показаниям)  | Введение антирезусного иммуноглобу-лина в течение 72 ч после прерыва- ния беременности женщинам с Rh (-) принадлежностью крови без явлений сенсибилизации. Подбор метода контрацепции  | После выписки из стационара. 7 - 10-йдень после операции.Через 1 мес. (после первой менструации).В дальнейшем - по методу контрацепции  |  | Начало использо- вания метода контрацеп-ции  |
| Прерывание беременности во II триместре (попоказаниям)  | Обследование в соответствии срубрикой А. Наружное и внут- реннее акушерское исследова- ние. УЗИ плода. Определение группы крови и резус-фактора.Анализ крови на ВИЧ, RW, IBS.Клинический анализ крови. Гемостазиограмма (протромби- новый индекс, время свертыва-ния и кровотечения, тромбоци-ты). Глюкоза крови. Биохими- ческое исследование крови (билирубин, общий белок, холестерин, мочевина, креати-нин). Общий анализ мочи. Бак-териоскопическое исследованиемазков из уретры, цервикаль- ного канала и влагалища. Дополнительное обследование по заболеванию, послужившему медицинским показанием для прерывания беременности (заключение специалиста). Принеобходимости: определение антител к гепатиту С. Рентге-нологическое исследование органов грудной клетки  | Специалистпо заболе-ванию, по-служившемумедицин- ским пока-занием дляпрерыванияберемен- ности. Другие специалис-ты - по показаниям | Общее состояние Пульс. АД. Пальпа- ция живота. Характер выделений. Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследова- ние (повторно). Клинический анализ крови (повторно). УЗИ органов малого таза  | Введение антирезусного иммуноглобу-лина в течение 72 ч после прерыва- ния беременности женщинам с Rh (-) принадлежностью крови без явлений сенсибилизации. Подбор метода кон- трацепции  | После выписки из стационара. Через 7 - 10 дней после операции. Через 1 месяц (после первой менструации). В дальнейшем - по методу контрацепции  |  | Начало использо- вания метода контрацеп-ции  |
| Перфорация матки  | Жалобы. Общие состояние. АД. Пульс. Пальпация живота. Исследование при помощи зеркал. Влагалищное исследо- вание. Гемоглобин крови. УЗИ органов малого таза  | По показаниям |  | Госпитализация. В дальнейшем - по рекомендации стационара  |  | Установленныйдиагноз или подозрение наперфорацию матки  | По реко- мендации стационара |
| Остатки плодного яйца | Анамнез. Общее состояние. Частота пульса. Исследование при помощи зеркал. Влагалищ- ное исследование. УЗИ органовмалого таза. Клинический анализ крови  | По показаниям | Общее состояние. АД. Пульс. Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследо- вание (повторно). УЗИ органов малого таза (повторно)  | Стационарное лечение. Подбор метода контрацепции  | 7 - 10 день после выписки из стацио- нара. Через 1 месяц (после первой менструации). В дальнейшем - по методу контрацепции  | Остатки плодного яйца, про- должающиеся кровянистые выделения  | Начало использо- вания метода контрацеп-ции  |
|  Динамическое наблюдение за женщинами, имеющими другие осложнения после прерывания беременности, осуществляется в соответствии  с рекомендациями, представленными в разделах по нозологическим формам болезней  |
|  2. Внутриматочная контрацепция  |
| Внутриматоч- ная контрацепция  | Обследование в соответствии срубрикой А. Бактериоскопичес-кое исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища. При необходимос-ти: УЗИ органов малого таза. Маммография. Гистеросальпин- гография. Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, мико- плазму, герпес, цитомегало- вирус. Анализ крови на ВИЧ, RW. Общий анализ мочи  | По показаниям | Консультирование (повторно). Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследова- ние (повторно). При необходимости: УЗИ органов малого таза (повторно).Бактериоскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища (повторно). Кольпоскопия (повторно). Цитологи- ческое исследование мазков (PAP-тест) (повторно)  | Введение ВМС. Удаление ВМС (за нитиили крючком Грефенберга): при час- тичной экспульсии средства, нети- пичном его положении, по желанию женщины, по истечении срока годнос-ти ВМС. Гормональные контрацептивы на три менструальных цикла для профилактики осложнений (по показаниям)  | Через 7 - 10 дней после введения ВМС. Через 1 мес. (после первой менструации).В дальнейшем - 1 раз в 3 мес.  |  | Прекраще- ние использо- вания ВМС  |
| Внутриматоч- ная контрацепция,осложненная нарушениями менструаль- ного цикла  | Обследование в соответствии срубрикой А. Бактерпоскопичес-кое исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища. УЗИ органов малого таза. При необходи- мости: исследование влагалищ-ного отделяемого на хламидии,уреаплазму, микоплазму, герпес, цитомегаловирус. Гемостазиограмма. Гормональ- ный статус  | По показаниям | Консультирование (повторное). Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследова- ние (повторно). Клинический анализ крови. При необходимости: УЗИ органов малого таза (повторно). Бактериоскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища (повторно). Гемостазиограмма(повторно)  | Гемостатическая терапия. Антипростагландиновые препараты. Удаление ВМС за нити (при его частичной эксплуатации). Удаление ВМС крючком Грефенберга (при час- тичной эксплуатации или обрыве его нитей). Подбор метода контрацепции  |  | Значительная кровопотеря. Анемия  | Прекраще- ние использо- вания ВМС  |
| Лечение и динамическое наблюдение в соответствии с рекомендациями, представленными в специальных разделах по нозологическим формам болезней  |
| Внутриматоч- ная контрацепция,осложненная воспалитель- ными болез- нями женских тазовых органов  | Обследование в соответствии срубрикой А. Бактериоскопиче- ское исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища. Бактериологичес-кое исследование содержимого цервикального канала с антибиотикограммой. Клиничес-кий анализ крови. Общий анализ мочи. УЗИ органов малого таза. Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, мико- плазму, герпес, цитомегало- вирус (по показаниям)  | По показаниям | Консультирование (повторно). Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследова- ние (повторно). Бактериоскопическоеисследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища (повторно). Клинический анализ крови (повторно). УЗИ органов малого таза (повторно)  | Удаление ВМС за нити или крючком Грефенберга (по показаниям). Подбор метода контрацепции  | Лечение и динамичес-кое наблюдение в соответствии с рекомендациями, представленными в специальных разделахпо нозологическим формам болезней  | Острый эндо- метрит (обострение хроническо- го). Саль- пингоофорит, при отсутствии эффекта от лечения в амбулаторно- поликлиничес-ких условиях  | Прекраще- ние использо- вания ВМС  |
| Внутриматоч- ная контра- цепция, осложненная перфорацией матки  | Жалобы. Общее состояние. АД. Пульс. Пальпация живота. Ис- следование при помощи зеркал.Влагалищное исследование. Гемоглобин крови. УЗИ органовмалого таза  | По показаниям |  | Госпитализация  | В дальнейшем - по рекомендации стационара  | Установленныйдиагноз или подозрение наперфорацию матки  | Прекраще- ние использо- вания ВМС  |
| Маточная беременность на фоне внут-риматочной контрацепции  | Обследование в соответствии срубрикой А. УЗИ органов малого таза. Иммунологическиетесты на беременность. Определение бета-ХГЧ в крови (по показаниям)  | По показаниям | УЗИ органов малого таза (повторно).При пролонгировании или прерывании беременности обследование и ведениев зависимости от исхода беременности  | Ведение по соответствующим разделам в зависимости от исхода беременности  | Направле- ние на аборт или взятие на учет по поводу беремен- ности  |
| Внематочная беременность на фоне внут-риматочной контрацепции  | Обследование в соответствии срубрикой А. Иммунологический тест на беременность (при отсутствии гиповолемии). Клинический анализ крови. УЗИорганов малого таза  | По показаниям |  | Госпитализация  | По рекомендации стационара  | При установ- лении диаг- ноза или подозрении навнематочную беременность  | Прекраще- ние использо- вания ВМС  |
| Частичная экспульсия ВМС  | Обследование в соответствии срубрикой А |  |  | Удаление ВМС. Подбор другого метода контрацепции  |  |  | Прекраще- ние использо- вания ВМС  |
|  3. Гормональная контрацепция  |
| Гормональная контрацепция  | Обследование в соответствии срубрикой А. УЗИ органов мало-го таза. Гемостазиограмма (протромбиновый индекс, времясвертывания крови, тромбоци- ты). При необходимости: маммография, биохимическое исследование крови (общий белок, прямой билирубин, печеночные трансаминазы, мочевина). Гормональный статус  | По показаниям | Консультирование (повторно). АД. Пульс. Масса тела. Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследование (повтор- но). Пальпация молочных желез. Клинический анализ крови. При необходимости: УЗИ органов малого таза. Биохимическое исследование крови (общий белок, прямой билирубин, мочевина, печеночные трансаминазы) (повторно). Глюкоза крови. Гемостазиограмма (тромбо- циты, время свертывания и крово- течения, протромбиновый индекс) (повторно)  | Один из препаратов: эстроген- гестагенные препараты, содержащие 30 - 35 мкг этинилэстрадиола; эстрогенгестагенные препараты, содержащие ципротеронацетат; микродозы гестагенов; инъекционные депо-препараты; импланты  | Через 1 мес. В дальнейшем - 1 разв 3 мес.  |  | Отмена метода контрацеп-ции  |
| Гормональная контрацепция,осложненная межменстру- альным крово-течением  | Обследование в соответствии срубрикой А. Клинический анализ крови. Бактериоскопи- ческое исследование мазков изуретры, цервикального канала и влагалища. УЗИ органов малого таза. При необходи- мости: гемостазиограмма. Биохимическое исследование крови (общий белок крови, прямой билирубин, мочевина, печеночные трансаминазы). Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, микоплазму, герпес, цитомегаловирус  | По показаниям | Консультирование (повторно). АД. Пульс. Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследование (повторно). Клини- ческий анализ крови (повторно). УЗИ органов малого таза (повтор- но). Бактериоскопическое исследо- вание мазков из уретры, цервикаль-ного канала, влагалища (повторно).Пальпация молочных желез. Кольпоскопия (повторно). При необходимости: гемостазиограмма (повторно). Биохимическое исследование крови (общий белок, прямой билирубин, печеночные трансаминазы, мочевина) (повтор- но). Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплаз-му, микоплазму, герпес, цито- мегаловирус (повторно). Цитологи- ческое исследование мазков (РАР- тест) (повторно)  | Гемостатическая терапия. Смена типа или вида контрацептива. Изменение режима приема контрацептива. По показаниям: отмена и подбор метода контрацепции  | Через 2 - 3 дня. Через месяц. В дальнейшем 1 раз в 3 месяца  | Отсутствие эффекта от лечения в амбулаторно- поликлиничес-ких условиях  | Отмена метода контрацеп-ции  |
| Воспалитель- ные болезни женских тазовых органов на фоне гормо- нальной контрацепции  | Обследование в соответствии срубрикой А. Клинический ана- лиз крови. Общий анализ мочи.Бактериоскопическое исследо- вание мазков из уретры, цервикального канала и влагалища. УЗИ органов малоготаза. При необходимости бактериологическое исследова-ние содержимого цервикальногоканала с антибиотикограммой. Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, микоплазму, герпес, цитомегаловирус  | По показаниям | Консультирование (повторно). Клинический анализ крови (повтор- но). Общий анализ мочи (повторно).Исследование при помощи зеркал (повторно). Влагалищное исследова-ние (повторно). Бактериоскопичес- кое исследование мазков из уретры,цервикального канала и влагалища (повторно). Пальпация молочных желез. Кольпоскопия (повторно). УЗИ органов малого таза (повторно) | Продолжение использования метода контрацепции. При необходимости: отмена и подбор метода контрацепции  | Динамическое наблю- дение в соответствиис рекомендациями, представленными в специальных разделахпо нозологическим формам болезней  | Отсутствие эффекта от лечения в амбулаторно- поликлиничес-ких условиях  | Отмена метода контрацеп-ции  |
| Инфекция мочевых путейна фоне гормональной контрацепции  | Обследование в соответствии срубрикой А. Клинический ана- лиз крови. Общий анализ мочи.Анализ мочи по Нечипоренко. Бактериоскопическое исследо- вание мазков из уретры, цервикального канала и влагалища. УЗИ почек. По показаниям: УЗИ органов мало-го таза. Бактериологическое исследование мочи с антибиотикограммой. Бактерио-логическое исследование содержимого цервикального канала с антибиотикограммой. Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, микоплазму, герпес, цитомегаловирус. Анализ мочи по Зимницкому. Проба Реберга  | Терапевт, уролог  | Консультирование (повторно). АД. Клинический анализ крови (повтор- но). Общий анализ мочи (повторно).Исследование при помощи зеркал (повторно). Бактериоскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища (повторно). Влагалищное исследова-ние (повторно). При необходимости:УЗИ органов малого таза (повторно) | Продолжение использования метода контрацепции. Лечение в соответст- вии с нозологической формой болезни (по рекомендации специалиста). При необходимости: отмена и подбор метода контрацепции  |  |  | Отмена метода контрацеп-ции  |
| Гормональная контрацепция,осложненная аменореей  | Обследование в соответствии срубрикой А. УЗИ органов малого таза. Иммунологическийтест на беременность. При необходимости: гормональный статус (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон). Рентгенография черепа. Исследование глазного дна  | По показаниям | Обследование в соответствии с клинической формой аменореи  | Смена вида или типа контрацептива Отмена метода контрацепции. Назначение терапии в соответствии с клинической формой аменореи  | В соответствии с клинической формой аменореи  |  | Отмена метода контрацеп-ции  |
| Маточная беременность на фоне гормональной контрацепции  | Обследование в соответствии срубрикой А. УЗИ органов мало-го таза. Иммунологический тест на беременность  | По показаниям | УЗИ органов малого таза (повтор- но). При пролонгировании или прерывании беременности обследо- вание и ведение в зависимости от ее исхода. Медико-генетическое консультирование (по показаниям)  | Отмена метода контрацепции  | Ведение по соответ- ствующим рубрикам в зависимости от исхода беременности  |  | Отмена метода контрацеп-ции  |
| Внематочная беременность на фоне гор- мональной контрацепции  | Обследование в соответствии срубрикой А. Иммунологический тест на беременность (при отсутствии гиповолемии). Гемоглобин крови. УЗИ органовмалого таза  | По показаниям |  | Госпитализация  | По рекомендации стационара  | Установленныйдиагноз или подозрение навнематочную беременность  | Отмена метода контрацеп-ции  |
|  4. Хирургическая стерилизация  |
| Хирургическаястерилизация женщин  | Обследование в соответствии срубрикой А. Бактериоскопиче- ское исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища. Анализ крови на ВИЧ, RW, HBS. Клинический анализ крови. Биохимическое исследование крови (билирубин, общий белок, мочевина, креатинин). Глюкозакрови. Определение группы крови и резус-фактора. Гемо- стазиограмма (протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, тромбоциты). Общий анализ мочи. ЭКГ. При необходимости: УЗИ органов малого таза. Рентгенологичес-кое исследование органов грудной клетки. Исследование влагалищного отделяемого на хламидии, уреаплазму, микоплазму, герпес, цитомегаловирус  | Терапевт, другие специалис-ты - по показаниям |  | Госпитализация  | Через 10 дней после операции  |  | После выписки изстационара |