

НАКАЗ
№ 417 від 15.07.2011
м. Київ

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

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

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

- 1.1. Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги;
- 1.2. Примірні посадові інструкції акушерки фельдшерсько-акушерського пункту (додається);
- 1.3. Примірні посадові інструкції лікаря загальної практики — сімейної медицини з надання акушерсько-гінекологічної допомоги (додається);
- 1.4. Примірні положення про жіночу консультацію (додається);
- 1.5. Примірні положення про жіночий оглядовий кабінет лікувально-профілактичного закладу (додається);
- 1.6. Примірні положення про кабінет патології шийки матки жіночої консультації (додається);
- 1.7. Примірні положення про мамологічний кабінет (додається);
- 1.8. Примірні посадові інструкції завідувача жіночої консультації (додається);
- 1.9. Примірні посадові інструкції лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації (додається);
- 1.10. Примірні посадові інструкції старшої акушерки жіночої консультації (додається);
- 1.11. Примірні посадові інструкції акушерки жіночої консультації (додається);
- 1.12. Примірні посадові інструкції акушерки оглядового кабінету (додається);
- 1.13. Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю "Акушерство і гінекологія" в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів.

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

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

- 3.1. Забезпечити впровадження в закладах охорони здоров'я цього наказу;
- 3.2. Забезпечити підготовку лікарів загальної практики — сімейної медицини за програмою тематичного удосконалення з надання акушерсько-гінекологічної допомоги.
- 3.3. Дозволити лікарям загальної практики — сімейної медицини спостерігати за здоровою вагітністю (при фізіологічному її перебігу) після проходження циклу тематичного удосконалення з надання акушерсько-гінекологічної допомоги та наявності сертифіката.
- 3.4. Затвердити персональний склад і графік роботи перинатальних консилиумів. Забезпечити їх роботу.

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

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

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

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

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

Міністр

О.В. Аніщенко

АКУШЕРСТВО – ДОПОЛОГОВА ДОПОМОГА

І. СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПЕРЕБІГОМ НОРМАЛЬНОЇ ВАГТІНОСТІ

| Номенклатурна форма | Шифр МКХ-10 | Діагностичні заходи | Лікувально-реабілітаційні заходи | Показання до госпіталізації | Критерії ефективності лікування | Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку |
|--|---|---|--|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <p>Спостереження за перебігом нормальної вагтності.</p> <p>Спостереження за перебігом нормальної першої вагтності.</p> <p>Спостереження за перебігом іншої нормальної вагтності.</p> <p>Спостереження за перебігом іншої нормальної вагтності, неутоненої.</p> | <p>Z 34</p> <p>Z 34.0</p> <p>Z 34.8</p> <p>Z 34.9</p> | <p>Рекомендований графік візитів</p> <p>1 – бажано до 12 тижнів</p> <p>2 – не пізніше 2-х тижнів після першого</p> <p>3 – 19–21 тижнів вагтності після проходження другого УЗД</p> <p>4 – 25–26 тижнів</p> <p>5 – 30 тижнів</p> <p>6 – 34–35 тижнів</p> <p>7–38 тижнів</p> <p>8 – 40 тижнів</p> <p>9 – 41 тиждень</p> <p>Перший візит</p> <p>1. Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного, стан здоров'я батька дитини).</p> <p>2. Загальний огляд, пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легень; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів; вимірювання артеріального тиску (на одній руці), пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ.</p> <p>3. Гінекологічний огляд (в дзеркала та бімануальне дослідження).</p> <p>4. Мазок на флору (за показаннями: при наявності скарг та клінічних проявів).</p> <p>5. Лабораторні обстеження: загальний аналіз сечі (включаючи тест на наявність білка); посів сечі (виявлення безсимптомної бактеріурії); група крові та резус-належність; загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокригу.</p> <p>7. Серологічне обстеження на сифіліс (перше).</p> <p>8. Тест на ВІЛ-інфекцію (перший).</p> <p>9. Тест на наявність HbsAg.</p> <p><i>Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається.</i></p> <p><i>У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагтності.</i></p> | <p>1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагтності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки – 800 мкг щодня.</p> | <p>1. Ускладнення перебігу вагтності</p> <p>2. Під час 8 візиту вагітна інформується про необхідність 9 візиту і госпіталізації в стаціонар у 41 тиждень.</p> <p><i>При відмові від госпіталізації проводиться суцільний огляд вагітної з залученням жіночої консультації чи іншим лікарем. У разі повторної відмови від госпіталізації пропонується послений антенатальний моніторинг – КТГ 2 рази на тиждень, УЗД рівня амніотичної рідини</i></p> | <p>1. Відсутність ускладнень перебігу вагтності.</p> <p>2. Відсутність перинатальних ускладнень.</p> | <p>1. Протягом післяпологового періоду.</p> <p>2. Консультування з питань контрацепції</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | <p>У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах (Клінічний протокол від 14.11.2007 № 716 «Про передаження передачі ВІЛ інфекції від матері до дитини»).</p> <p>УЗ-обстеження протягом вагітності</p> <p>Перше – в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності. Інформація про доцільність визначення біохімічних маркерів в сироватці крові (РАРР-А, вільний β-ХГ) в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода.</p> <p>Друге – в терміні вагітності 18–21 тиждень.</p> <p>Інформація про доцільність проведення біохімічного скринінгу II триместру у терміні 16–20 тиж. (АФП + вільний β-ХГ (double-test), або АФП + вільний β-ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода.</p> <p>- У випадку сумнівного результату УЗД або виявлення будь-яких структурних аномалій плода – негайне скерування вагітної до медико-генетичного центру для вирішення питання про проведення інвазивної пренатальної діагностики.</p> <p>- Вагітним жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності, рекомєндується у II триместрі визначати лише рівень АФП.</p> <p>Під час кожного візиту: Вимірювання АТ, пульсу, температури тіла, висоти стояння дна матки із занесенням даних до графікограми; загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка. Під час 3 візиту (19–21 тиж.) – аналіз крові на наявність антигіб при Rh негативній належності крові. Під час 4 візиту (25–26 тиж.) – огляд нижніх кінцівок на наявність варикозрозширених вен; аускультация ЧСС плода; аналіз крові на антигібла при Rh негативній належності крові; двогодинний тест толерантності до глюкози (всім вагітним).</p> | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|--|---|---|---|---|
| | | <p>Скерування для здачі аналізів у 29 тиж.: - Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів - Серологічне обстеження на сифіліс (друге).</p> <p>З 30 тижнів вагітності під час кожного візиту: Огляд та пальпація молочних залоз; вимірювання висоти стояння дна матки, занесення даних до графіка; вимірювання АТ, пульсу (часота, ритмічність), температури тіла; огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен; аускультация ЧСС плода. Лабораторні обстеження: - кров на антигліа при Rh негативній належності крові (окрім жінок, яким було введено антирезуз імуноглобулін) - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка</p> | <p>Призначається в 28–32 тижні введення анти-резуз імуноглобуліну усім вагітним з негативним резус-фактором при відсутності у них антитіл, у яких чоловік має позитивний резус фактор</p> | | | |

II. УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

ГЕСТОЗИ ВАГІТНИХ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|--|--|--|--|
| <p>Попередня гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня есенціальна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня кардіоваскулярна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня ниркова гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня вторинна гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня неуточнена гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період. Попередня гіпертензія з протеїнурією, яка придіналася.</p> | <p>О 10</p> <p>О 10.0</p> <p>О 10.1</p> <p>О 10.2</p> <p>О 10.3</p> <p>О 10.4</p> <p>О 10.9</p> <p>О 11</p> | <p>1. Вимірювання АТ 2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності 3. Огляд окуліста (при постановці на огляд, у 28 і 36 тиж.) 4. ЕКГ (при постановці на огляд, у 28–30 тиж, після 36 тиж.) 5. Коагулограма</p> | <p>Згідно Клінічного протоколу «Гіпертензивні розлади під час вагітності» (Наказ № 676 від 31.12.2004)</p> | <p>1. До 12 тиж. для вирішення питання про можливість виношування вагітності. 2. Неконтрольована тяжка гіпертензія 3. Присидання прееклампсії. 4. Екстрагенітальні ускладнення гіпертензії 3. Виникнення акушерських ускладнень.</p> | <p>1. Попередження еклампсії 2. Відсутність акушерських та перинаціальних ускладнень.</p> | <p>1. Протягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--|---|---|---|---|--|
| Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк та протейнурія без гіпертензії. Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк. | O 12 O 12.0 | 1. Вимірювання АТ, контроль при- бавки маси тіла 2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності 3. Огляд окуліста 4. Аналіз крові, тромбоцити, гемато- крит. 5. Коагулограма. | Дієтотерапія. | 1. Призначення прееклампсії. 2. Виникнення аку- шерських усклад- нень. | 1. Відсутність загрозливих ускладнень в пологах та піс- ляпологовому періоді. 2. Народження живої дитини | 1. Пролягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції |
| Гестаційна (зумовлена вагітністю) протейнурія. Гестаційні (зумовлені вагітністю) набряк та протейнурія. Гестаційна (зумовлена вагітністю) гіпертензія без значної протеїнурії | O 12.1 O 12.2 O 13 | 1. Вимірювання АТ, контроль при- бавки маси тіла 2. Визначення добової протеїнурії в динаміці вагітності 3. Огляд окуліста 4. Аналіз крові, тромбоцити, гемато- крит. 5. Коагулограма. | Згідно Клінічного протоколу «Гіпертензивні роз- лади під час вагітності» (Наказ № 676 від 31.12.2004) | 1. Призначення прееклампсії. 2. Екстрагенітальні ускладнення гіпер- тензії 3. Виникнення акушерських ускладнень. | 1. Відсутність загрозливих ускладнень в пологах та піс- ляпологовому періоді. 2. Народження живої дитини | 1. Пролягом післяпологово- го періоду. 2. Консультування з питань контрацепції |
| Гестаційна (зумовлена вагітністю) гіпертензія зі значною протеїнурією. Прееклампсія середньої тяжкості. | O 14 O 14.0 | Вимірювання АТ | Ургентне скерування в акушерський стаціонар. | Наявність зазначе- ної патології. | 1. Відсутність загрозливих ус- кладнень в поло- говому періоді. 2. Народження живої дитини | 1. Пролягом післяпологового періоду. 2. Консультування з питань контрацепції |
| Тяжка прееклампсія. Прееклампсія неуточнена. Еклампсія. Еклампсія під час вагітності. Еклампсія під час пологів. Еклампсія в післяпологовому періоді. Еклампсія неуточнена щодо про- міжку часу (еклампсія БДВ) Неуточнена материнська гіпертензія. | O 14.1 O 14.9 O 15 O 15.1 O 15.1 O 15.2 O 15.9 O 16 | Обстеження та лікування в умовах акушерського стаціонару. | Невідкладна госпіталізація, лікування в умовах акушерського стаціонару | Наявність зазначе- ної патології. | 1. Відсутність загрозливих для життя матері ускладнень в пологах та піс- ляпологовому періоді. | 1. Закінчення післяполого- вого періоду 2. Консультування з питань контрацепції |
| КРОВОТЕЧА В РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Загрозливий аборт | O 20.0 | 1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза. 3. Подальше обстеження в умовах стаціонару. | Госпіталізація в гінекологічний стаціонар. | Клінічні симптоми загрози перериван- ня вагітності. | 1. Прогресу- вання вагітності. | Пролягом вагітності |
| Інші кровотечі в ранніх термінах вагітності. | O 20.8 | 1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза. 3. Подальше обстеження в умовах стаціонару. | Госпіталізація в гінекологічний стаціонар. | 1. Кровотеча. 2. Більовий синд- ром. | 1. Прогресу- вання вагітності. | Пролягом вагітності |
| Кровотеча в ранніх термінах вагіт- ності, неуточнена. | O 20.9 | 1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза. 3. Подальше обстеження в умовах стаціонару. | Госпіталізація в гінекологічний стаціонар. | 1. Кровотеча. 2. Більовий синд- ром. | Прогресування вагітності. | Спостереження пролягом вагітності |

ВЕНОЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------|---|---|--|---|--|
| Венозні ускладнення під час вагітності. Включено: - акушерську легеневу емболію (О 88) - перелічені стани як ускладнення: - аборт, позаматкової або молярної вагітності (О 00 - О 007, О 08.7) - пологові та післяпологові періоди (О 87). | О 22 | | | | | |
| Варикозне розширення вен нижніх кінцівок під час вагітності. | О 22.0 | 1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга. | 1. Лікувальне бинтування нижніх кінцівок. 2. Венотоніки. | 1. Тромбофлебіт. 2. Ускладнення перебігу вагітності. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень | Протягом вагітності та післяпологового періоду |
| Варикозне розширення вен статевих органів під час вагітності: - Промежини - Пихви - Вульви | О 22.1 | 1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга. | 1. Лікувальне бинтування нижніх кінцівок. 2. Венотоніки. | 1. Тромбофлебіт. 2. Ускладнення перебігу вагітності. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень | Протягом вагітності та післяпологового періоду |
| Інші венозні ускладнення під час вагітності | О 22.8 | | | | | |
| Венозне ускладнення під час вагітності (не уточнене) | О 22.9 | | | | | |
| Повітряний тромбофлебіт під час вагітності. Тромбофлебіт нижніх кінцівок під час вагітності. | О 22.2 | 1. Аналіз крові загальний. 2. Час згортання крові. 3. Коагулограма. 4. Консультація судинного хірурга. | Госпіталізація в профільний стаціонар. | 1. Наявність зазначеної патології. 2. Ускладнення перебігу вагітності | Відсутність прогресування процесу | Протягом вагітності та післяпологового періоду |
| Глибокий флеботромбоз під час вагітності. Тромбоз глибоких вен допологовий. | О 22.3 | Невідкладна госпіталізація в стаціонар. | Невідкладна госпіталізація у профільний стаціонар | Наявність зазначеної патології. | 1. Відсутність прогресування процесу. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень | Протягом вагітності та післяпологового періоду |
| Геморой під час вагітності. | О 22.4 | Консультація та призначення проктолога. | 1. Рекомендації з раціонального харчування. 2. Призначення проктолога. | 1. Кровотеча з гемороїдальних вузлів. 2. Больовий синдром. 3. Ускладнення перебігу вагітності. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Тромбоз церебральних вен під час вагітності. Тромбоз церебровенозного синуса під час вагітності. | О 22.5 | Консультація невропатолога та нейрохірурга | Невідкладна госпіталізація у профільний стаціонар. | Наявність зазначеної патології. | 1. Відсутність прогресування процесу 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду 2. Консультавання з питань контрацепції |

АНОРМАЛЬНІ ПРОДУКТИ ЗАПЛІДНЕННЯ ТА АБОРТИ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--|---|--|--|---|--|
| <p>Позаматкова вагітність, Черевна вагітність, Трубуна вагітність, Вагітність у матковій трубі. Розрив (маткової) труби внаслідок вагітності. Трубиний аборт. Яєчникова вагітність, Інші форми позаматкової вагітності. Вагітність: - шийкова - в розі, матки - внутрішньоз'язкова - стінкова. Позаматкова вагітність, неуточнена.</p> | <p>O 00 O 00.0 O 00.1</p> <p>O 00.2 O 00.8</p> <p>O 00.9</p> | <p>1. Тест на вагітність. 2. Дослідження рівня ХГЛ в крові. 3. УЗД органів малого таза.</p> | <p>Невідкладна госпіталізація в стаціонар.</p> | <p>Підозра на позаматкову вагітність.</p> | <p>Відсутність післяопераційних ускладнень.</p> | <p>1. Реабілітація репродуктивної функції. 2. Консультування з питань контрацепції. 3. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p> |
| <p>Пухирний занос, Пухирний класичний занос (повний), Пухирний неповний та частковий занос, Пухирний занос, неуточнений. Трофобластична хвороба БДВ. Пухирний занос БДВ.</p> | <p>O 01 O 01.0 O 01.1 O 01.9</p> | <p>1. Бімануальне гінекологічне обстеження 2. Визначення рівня ХГЛ в крові. 3. УЗД органів малого таза.</p> | <p>1. Стаціонарне лікування.</p> | <p>1. Підозра на пухирний занос. 2. Кровотечі у I – II триместрі вагітності. 3. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 4. Кровомазання протягом 1 місяця після евакуації пухирного заносу 5. Відсутність зниження рівня ХГЛ у крові.</p> | <p>1. Відсутність післяопераційних ускладнень та змін при гінекологічному огляді</p> | <p>1. Протягом 1 року (Контроль рівня ХГЛ один раз в 14 днів (до нормалізації) - УЗД органів малого таза в динаміці. - Контрацепція (бар'єрні методи) протягом року. 2. Поінформоване нез'явлення на диспансерний огляд протягом 1 року.</p> |
| <p>Інші аномальні продукти запліднення, Загибле плідне яйце та непухирний занос. Занос: - м'ястий - внутрішньоматковий БДВ. Патологічне плідне яйце. Викидень, що не відбувся Рання загибель плода з затримкою мертвого плода у матці Інші уточнені аномальні продукти зачаття, Аномальний продукт зачаття, неуточнений.</p> | <p>O 02 O 02.0</p> <p>O 02.1</p> <p>O 02.8 O 02.9</p> | <p>1. Бімануальне гінекологічне обстеження 2. УЗД органів малого таза.</p> | <p>1. Стаціонарне лікування.</p> | <p>1. Непухирний занос. 2. Патологічне плідне яйце. 3. Кровотечі у I – II триместрі вагітності. 4. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 5. Викидень, що не відбувся.</p> | <p>1. Відсутність післяопераційних ускладнень та змін при гінекологічному огляді і УЗД.</p> | <p>1. Протягом 6 місяців 2. Медико-генетичне консультування. 3. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 4. Консультування з питань контрацепції</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--|--|---|--|---|---|
| Спонтанний аборт. Неповний аборт, укладений інфекцією статевих шляхів. Неповний аборт, укладений тривалою або надмірною кровотечею. Неповний аборт, укладений емболією. Неповний аборт з іншими та не уточненими ускладненнями. Неповний аборт без ускладнень. Повний або неуточнений аборт, укладений інфекцією. Повний або неуточнений аборт, укладений тривалою чи надмірною кровотечею. Повний або неуточнений аборт, укладений емболією. Повний або неуточнений аборт з іншими чи неуточненими ускладненнями. Повний або неуточнений аборт, без ускладнень. Медичний аборт. | О 03 О 03.0 О 03.1 О 03.2 О 03.3 О 03.4 О 03.5 О 03.6 О 03.7 О 03.8 О 03.9 | 1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза. | Стационарне лікування. Згідно клінічного протоколу «Комплексна медична допомога під час небажаної вагітності» наказ від 28.01.2011 | 1. Клінічні прояви переривання вагітності | Відсутність післяопераційних ускладнень. | 1. Протягом 6 місяців медико-генетичне консультування. 3. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 4. Консультування з питань контрацепції |
| Інші види абортів. Аборт неуточнений. | О 04 О 05 О 06 | 1. Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви та цервікального каналу. 2. Кров на RW та ВІЛ. 4. Визначення групи крові та резус-належності. 1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза | 1. Стационарне лікування. | 1. Для здійснення аборту. 1. Кровотечі у I – II триместрі вагітності. 2. Невідповідність розмірів матки терміну вагітності. 3. Інші клінічні прояви аборту. | Відсутність післяопераційних ускладнень. | Консультування з питань контрацепції. 1. Медико-генетичне консультування. 2. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування вагітності 3. Консультування з питань контрацепції |
| Невдала спроба абортів. | О 07 | 1. Бімануальне гінекологічне обстеження та огляд у дзеркалах 2. УЗД органів малого таза. | 1. Стационарне лікування. | Клінічні прояви захворювання. | Відсутність подальших ускладнень. | Консультування з питань контрацепції |
| БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ ТА НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА | | | | | | |
| Багатоплідна вагітність, включено чи ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності. Вагітність двійнею. Вагітність трійнею. Чотириплідна вагітність. Інші форми багатоплідної вагітності. Багатоплідна вагітність неуточнена. Ускладнення, специфічні для багатоплідної вагітності. | 2 О 30 О 30.0 О 30.1 О 30.2 О 30.8 О 30.9 О 31 | 3 Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу одноплідної вагітності | 4 1. Прийом фолевої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг. 2. При Rh-негативній крові вагітної і Rh-позитивній крові при відсутності Rh-антитіл введення анти-резус імуноглобуліну в 28-32 тижнів вагітності | 5 Ускладнення перебігу вагітності. | 6 1. Відсутність ускладнень пологів. 2. Відсутність перинатальних ускладнень. | 7 Під час вагітності та післяпологового періоду. Консультування з питань контрацепції |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---------------------------|--|---|--|---|---|
| <p>Допомога матері при первікальній недостатності. Медична допомога матері при: - ушиванні шийки циркулярним швом, - шви за Широдкармом (зі згадкою про первікальну недостатність чи без неї)</p> <p>Інші аномалії шийки матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога при: - поліпні шийки матки - попередній хірургічній операції на шийці матки, - стриктурі або стенозі шийки матки, - пухлинні шийки матки.</p> | <p>О 34.3</p> | <p>1. Огляд у дзеркалах в динаміці з 12 тижнів вагітності 2. Трансвагінальне УЗД у 14 - 15 тижнів вагітності для діагностики ПЦН.</p> | <p>Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p> | <p>1. 14-15 тижнів вагітності – для дообстеження та хірургічного лікування. 2. 36-37 тижнів вагітності – для підготовки до розродження. 1. Виявлення пухлин шийки матки. 2. 37-38 тижнів вагітності – для розродження. 3. Ускладнення перебігу вагітності.</p> | <p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p> | <p>Під час вагітності та післяпологового періоду.</p> |
| <p>Інші аномалії вагітної матки, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - заплемненні вагітної матки - випадінні вагітної матки - ретроверсії вагітної матки.</p> | <p>О 34.5</p> | <p>1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне та акушерське обстеження 2. УЗД</p> | <p>Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p> | <p>1. Зацементлення або випадіння вагітної матки. 2. Ускладнення перебігу вагітності.</p> | <p>1. Збереження вагітності. 2. Відсутність перинатальних та акушерських ускладнень.</p> | <p>Під час вагітності та післяпологового періоду.</p> |
| <p>Аномалії піхви, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - попередній хірургічній операції на піхві, - переродці піхви, - стриктурі піхви, - пухлинні піхви. Аномалії вульви та промежини, при яких мати потребує надання медичної допомоги.</p> | <p>О 34.6 О 34.7</p> | <p>1. Огляд у дзеркалах та бімануальне гінекологічне та акушерське обстеження 2. УЗД</p> | <p>1. Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p> | <p>1. Для дообстеження. 2. Ускладнення перебігу вагітності.</p> | <p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p> | <p>Під час вагітності та післяпологового періоду.</p> |
| <p>Медична допомога матері при: - фіброзі промежини; - попередній хірургічній операції на промежині або вульві; - ригідній промежині; - пухлинні вульви.</p> | <p>О 34.8</p> | | | | | |
| <p>Інші уточнені аномалії тазових органів, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при: - цистоцеле; - пластиці тазового дна (в анамнезі); - відвислому животі; - ректоцеле; - ригідному тазовому дні. Аномалії тазових органів, при яких мати потребує медичної допомоги, не уточнені.</p> | <p>О 34.9</p> | | | | | |

ПАТОЛОГІЯ ПЛАЦЕНТИ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--|--|--|--|--|---|
| Патологічні стани плаценти: синдром плацентарної трансфузії; вади розвитку плаценти; інші порушення плаценти. Плацентарне порушення неуточнене. | O 43 O 43.0 O 43.1 O 43.8 O 43.9 | 1. Визначення БШП з 32 тижня вагітності. 2. УЗД в динаміці вагітності | Госпіталізація при виникненні ускладнень перебігу вагітності | 1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. СЗРП. 3. Дисрес плода | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Передлежання плаценти. Передлежання плаценти, уточнене як без кровотечі. Передлежання плаценти з кровотечею. | O 44 O 44.0 O 44.1 | УЗД | 1. Невідкладна госпіталізація. 2. Лікування в умовах акушерського стаціонару. | Наявність патології. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Передчасне відшарування плаценти (відторгнення плаценти). Передчасне відшарування плаценти з порушенням згортання крові. Інше передчасне відшарування плаценти. Передчасне відшарування плаценти, неуточнене. | O 45 O 45.0 O 45.8 O 45.9 | УЗД Акушерське обстеження | 1. Невідкладна госпіталізація. 2. Лікування в умовах акушерського стаціонару. | Наявність патології. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |

ПЕРЕНОШЕНА ВАГІТНІСТЬ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------------------------------|------|---|---|---|--|---|
| Переношена вагітність. | O 48 | Визначення терміну вагітності за анамнестичними даними, даними динамічного УЗ-спостереження | 1. Під час 8 візиту вагітна інформується про необхідність 9 візиту і госпіталізації в стаціонар у 41 тиждень. <i>При відмові від госпіталізації проводиться сумісний огляд вагітної із завідувачем жіночою консультациєю чи іншим лікарем. У разі повторної відмови від госпіталізації пропонується послідовний антенатальний моніторинг - КТГ 2 рази на тиждень, УЗД різня амніотичної рідини</i> | 1. Госпіталізація у 41 тиждень вагітності 2. Дисрес плода. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |

НЕДОСТАТНІСТЬ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|------|-----------------------|--|----------------------------------|--|---|
| Недостатність харчування при вагітності | O 25 | Акушерське обстеження | 1. Інформація про збалансоване харчування. 2. Вітамінотерапія 3. Санаторно-курортне лікування. | Ускладнення перебігу вагітності. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВАГІТНІСТЮ З ОБТЯЖЕНИМ АКУШЕРСЬКИМ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--------|--|--|-------------------------------------|---|---|
| Спостереження за перебігом вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі. | Z 35.0 | 1. Індивідуальний план ведення вагітності. | 1. Прийом фолиєвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічалися випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. | 1. Ускладнення перебігу вагітності. | 1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|------------------|---|--|---|---|--|
| Спостереження за перебігом вагітності з абортивним викликом в анамнезі. | Z 35.1 | 1. Індивідуальний план ведення вагітності. | 1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. | 1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. В критичні терміни невиношування. | 1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Спостереження за перебігом вагітності у жінок з іншим обтяженим дітородним або акушерським анамнезом та з недостатньою допомогою допомогою в анамнезі. Вагітність: - замовчувана; - приховувана. | Z 35.2 Z 35.3 | Індивідуальний план ведення вагітності. | 1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. | 1. Ускладнення вагітності. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Спостереження за перебігом вагітності у жінок, що народжувала багато разів. Виключено: багатодітність за відсутності поточної вагітності. | Z 35.4 | Індивідуальний план ведення вагітності. | 1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. | 1. Ускладнення перебігу вагітності. | 1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Консультування з питань планування сім'ї. |
| Спостереження за першороділлею похилого віку. | Z 35.5 | 1. Індивідуальний план ведення вагітності. | 1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. | 1. Ускладнення перебігу вагітності. | 1. Виношування вагітності. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Спостереження за першороділлею юного віку. | Z 35.6 | 2. Медико-генетичне консультування. | | | 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 2. Консультування з питань планування сім'ї. |
| Спостереження за перебігом вагітності у жінок з високим ризиком зумовленим соціальними проблемами: | Z35.7 | 1. Консультація психолога та працівника соціальної служби. 2. Медико-генетичне консультування. 3. Консультація нарколога. | 1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. | 1. Ускладнення перебігу вагітності. | 1. Виношування вагітності. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Консультування з питань планування сім'ї. |
| - з високим ризиком, зумовленим іншими причинами; | Z 35.8 | 4. Вирішення питання можливості виношування вагітності. | | | | |
| - з високим ризиком, не уточненим. | Z 35.9 | | | | | |
| УСКЛАДНЕННЯ АБОРТУ | | | | | | |
| І | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Інфекція статевих шляхів і газових органів внаслідок абортів, позаматкової та молярної вагітності. | O 08.0 | 1. Гінекологічне обстеження 2. УзД органів малого таза. | Негайне скерування в стаціонар. Подальше обстеження в умовах гінекологічного стаціонару. | Симптоми гострого запального процесу тазових органів. | 1. Клінічне одужання. 2. Відсутність патологічних змін при гінекологічному, лабораторному та Уз обстеженнях. | 1. Протягом 1 року. 2. Відсутність рецидивів. 3. Консультування з питань планування сім'ї. |
| Інші венозні ускладнення внаслідок абортів, позаматкової та молярної вагітності. | O 08.7 | 1. Гінекологічне обстеження 2. УзД органів малого таза. | Негайне скерування в гінекологічний стаціонар. Подальше обстеження в умовах гінекологічного стаціонару. | Ознаки запального процесу, венозних або інших ускладнень. | 1. Клінічне одужання. 2. Відсутність патологічних змін при гінекологічному, лабораторному та Уз обстеженнях. | Скерування до судинного хірурга, інших профільних фахівців. |
| Інші ускладнення внаслідок абортів, позаматкової та молярної вагітності | O 08.8 O 08.9 | | | | | |

ЗВИЧНИЙ ВИКИДЕНЬ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|------------------|--|---|--|---|--|
| Звичний викидень | N 96 | 1. Комплексне обстеження для уточнення причин невиношування до вагітності 2. Преконцепційна підготовка | 1. Етіотропна терапія залежно від діагностованих причин невиношування | 1. Симптоми загрози переривання вагітності 2. Ускладнення вагітності | Виношування наступної вагітності. | Період планування вагітності, під час наступної вагітності, пологів та післяпологового періоду. |
| ІІІ. ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ТА ВАГІТНІСТЬ | | | | | | |
| ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ВАГІТНІСТЬ | | | | | | |
| І | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Існуючий раніше цукровий діабет (ЦД), інсулінозалежний. | O 24.0 | 1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПП та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності). | 1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування. | 1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для корекції та підбору інсулінотерапії. 2. Ускладнення перебігу вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження | 1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринологічному стаціонарі. |
| Існуючий раніше цукровий діабет, інсулінонезалежний. | O 24.1 | 1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПП та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності). | 1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування. | 1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для корекції тактики ведення вагітності 2. Ускладнення перебігу вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження | 1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринологічному стаціонарі. |
| Попередній цукровий діабет, пов'язаний з недостатністю харчування. Попередній цукровий діабет не-уточнений. | O 24.2 O 24.3 | 1. Згідно графіку візитів вагітної до жіночої консультації як при фізіологічному перебігу вагітності 2. Індивідуальний план ведення вагітності. 3. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПП та доплерометрія (з 30 тижнів вагітності). | 1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування. | 1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для корекції тактики ведення вагітності 2. Ускладнення перебігу вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження | 1. Відсутність ускладнень цукрового діабету. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Постійно в ендокринологічному стаціонарі. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--|---|--|---|--|---|
| Цукровий діабет , виникаючий в період вагітності Цукровий діабет при вагітності неуточнений. | O 24.4 O 24.9 | 1. Відповідно до рубрики В. 2. Консультація ендокринолога, окуліста, нефролога. 3. БПН та доплерометрія в динаміці спостереження (з 3 триместра). | 1. Корекція інсулінотерапії за даними глікемічного профілю в умовах ендокринологічного диспансеру. 2. Профілактика ускладнень, корекція дози та режиму інсулінотерапії; нормалізація вуглеводного обміну. 3. Відмова від грудного вигодовування при тяжких формах ЦД. 4. Санаторно-курортне лікування.. 5. Відмова від грудного вигодовування у випадку нестабільності рівня глікемії. | 1. I триместр: госпіталізація в ендокринологічний стаціонар для корекції тактики ведення вагітності та декомпенсація ЦД. 3. Госпіталізація у 36 тижнів для підготовки до розродження | 1. Відсутність ускладнень перебігу цукрового діабету. 3. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування до ендокринолога. |
| ІНФЕКЦІЙНИЙ НИРОК ПРИ ВАГІТНОСТІ | | | | | | |
| І | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Інфекційний нірок при вагітності. Інфекції сечового міхура при вагітності. Інфекції сечівника при вагітності. Інфекції інших відділів сечових шляхів при вагітності. Неуточнена інфекція сечових шляхів при вагітності. | O 23.0 O 23.1 O 23.2 O 23.3 O 23.4 | 1. Обстеження на безсимптомну бактеріурію 2. Бактеріологічне дослідження сечі та крові. 3. Аналіз сечі за Нечіпоренком. 4. Добовий діурез. 5. Проба за Зимницьким. 6. Біохімічні показники крові: креатинін, залишковий азот, коагулограма. 8. УЗД нірок. 9. Консультація уролога, нефролога. | 1. Лікування в умовах спеціалізованого стаціонару до 22 тижнів вагітності. 2. Госпіталізація у акушерський стаціонар з 22 тижнів вагітності. | 1. З метою дообстеження та уточнення діагнозу. 2. Загострення процесу. 3. Ускладнення перебігу вагітності. | 1. Нормалізація аналізів сечі. 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| ЗВИЧНЕ НЕВИНОШУВАННЯ (ДОПОМОГА ПРИ ВАГІТНОСТІ, ГЕРПЕС ВАГІТНИХ, ВМК ПРИ ВАГІТНОСТІ, ГІПОТЕНЗИВНИЙ СИНДРОМ, УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ) | | | | | | |
| І | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Медична допомога матері в зв'язку з іншими станами, переважно пов'язаними з вагітністю. Надмірне збільшення маси тіла під час вагітності. | O 26 O 26.0 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тижнів 2. Консультація терапевта, ендокринолога, дієтолога. | 1. Прийом фолієвої кислоти до 12 тижнів вагітності (400 мкг щодня). Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів / дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг щодня. 2. Дієтотерапія. 3. ЛФК. 4. Санаторно-курортне лікування. | 1. Ускладнення перебігу вагітності. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Медична допомога жінці зі звичним невиношуванням вагітності. | O 26.2 | 1. Комплексне обстеження для з'ясування причин невиношування (відповідно до клінічного протоколу) 2. Медико-генетичне консультування. | 1. Препаратна підготовка відповідно до діагностованих причин невиношування 2. Індивідуальний план ведення планованої вагітності. | 1. Ускладнення перебігу вагітності. | 1. Виношування вагітності 2. Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. На етапі планування вагітності 2. Протягом вагітності та післяпологового періоду. |

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Збережений внутрішньо матковий контрацептив при вагітності. | О 26.3 | 1. Бімануальне гінекологічне обстеження. 2. УЗД органів малого таза 3. Консультування відносно планів щодо дошування вагітності. 4. Індивідуальний план ведення вагітності при бажанні доношувати вагітність після видалення ВМК у I триместрі | Скерування у гінекологічний стаціонар для видалення ВМК або переривання вагітності (за бажанням пацієнтки) | 1. При відмові від доношування вагітності скерування у гінекологічний стаціонар для переривання вагітності після видалення ВМК. 2. Ускладнення вагітності | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Герпес вагітних. | О 26.4 | 1. Індивідуальний план ведення вагітності 2. Обстеження методом ПЛР у 36-37 тижнів вагітності для встановлення виділення вірусу простого герпесу з первікальним слизом | 1. При перенесеному первинному епізоді генітального герпесу та лікуванні протівірусними препаратами у I триместрі – рекомендувати переривання вагітності. 2. Місцеве протигерпетичне лікування при наявності висипань 3. Відновлення біоценозу піхви | 1. Ускладнення вагітності 2. Загострення генітального герпесу з порушенням працездатності. 3. Для визначення тактики розродження і підготовки до розродження з 38 тижня вагітності. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Гіпотензивний синдром вагітних | О 26.5 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7– 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Консультація терапевта, ендокринолога, дієтолога. | 1. Рациональне харчування. 2. Вітамінотерапія. | 1. Ускладнення вагітності | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду |
| Ураження печінки під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді. | О 26.6 | 1. Індивідуальний план ведення вагітності 2. УЗД органів черевної порожнини. 3. Біохімічне обстеження (білірубін, трансамінази, загальний білок, білкові фракції, креатинін, коагулограма). 4. Обстеження на маркери гепатитів. 5. Консультація інфекціоніста, гастроентеролога. | 1. Дієтотерапія. 2. Патогенетична та симптоматична терапія. | 1. Ускладнення вагітності 2. Попірення вагітності екстрагенітальної патології. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | 1. Під час вагітності та післяпологового періоду. |
| ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ГЕМАТОЛОГІЧНІ, БІОХІМІЧНІ, ХРОМОСОМНІ, ГЕНЕТИЧНІ ТА ІНШІ) | | | | | | |
| Гематологічні відхилення, виявлені при допологовому обстеженні матері. Біохімічні відхилення, виявлені при допологовому обстеженні матері Цитологічні зміни, виявлені при допологовому обстеженні матері. | О 28.0 О 28.1 О 28.2 | 1. Консультація та обстеження в профільних стаціонарах. 2. Консиліярне визначення можливості виношування вагітності | 1. Консультування щодо можливого ефективного методу контрацепції 2. Преконцепційна підготовка відповідно до виявленої патології 3. Сумісне ведення вагітної з профільним спеціалістом | Обстеження та лікування у профільних стаціонарах | Стабілізація перебігу екстрагенітальної патології | 1. Спостереження профільного спеціаліста 2. Забезпечення ефективного методу контрацепції |

| | | | | | | |
|---|------------------|--|---|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Патологічні зміни, виявлені при ультразвуковому антенатальному обстеженні матері. | О 28.3 | 1. Медико-генетичне консультування. | Госпіталізація в акушерській стаціонар | Патологічні зміни, виявлені при ультразвуковому антенатальному обстеженні матері. | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ. |
| Патологічні зміни, виявлені при рентгенологічному антенатальному обстеженні матері. | О 28.4 | 1. Медико-генетичне консультування. | Госпіталізація в акушерській стаціонар | Патологічні зміни, виявлені при антенатальному обстеженні матері. | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ. |
| Хромосомні або генетичні аномалії, виявлені при антенатальному обстеженні матері. | О 28.5 | 1. Медико-генетичне консультування. | Госпіталізація в гінекологічний або акушерський стаціонар | Патологічні зміни, виявлені при антенатальному обстеженні матері. | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ. |
| Інші відхилення від норми, виявлені при антенатальному обстеженні матері та неуточнені. | О 28.8 О 28.9 | 1. Медико-генетичне консультування. | Госпіталізація в гінекологічний або акушерський стаціонар | Патологічні зміни, виявлені при антенатальному обстеженні матері. | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Скерування в МПЦ. |
| IV. ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Нестійке положення плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. | О 32.0 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень | 1. Коригуюча гімнастика | 1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. В 38-39 тижнів вагітності – для підготовки до розродження. | Відсутність перинатальних та акушерських ускладнень. | Протягом пологів та післяпологового періоду. |
| Сідничне передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. | О 32.1 | | | | | |
| Поперечне або косе передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. | О 32.2 | | | | | |
| Комбіноване передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. | О 32.6 | | | | | |
| Інші форми неправильного передлежання плода, при яких мати потребує надання медичної допомоги. | О 32.8 | 2. Індивідуальний план ведення вагітності | | | | |
| Неправильне передлежання плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги, неуточнене. | О 32.9 | | | | | |
| ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ПЛОДА (ГІПОКСІЯ АБО РЕЗУС-КОНФЛІКТ, СЗРП, КРУПНИЙ ПЛІД, ІНШІ ІМУНОКОНФЛІКТИ) | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Допомога матері при інших відомих або передбачуваних патологічних станах плода. Включено: Стани, що є підставою для спостереження, госпіталізації чи іншої акушерської допомоги матері або для переривання вагітності. | О 36 | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--------|---|--|--|--|---|
| <p>Виключено: Пологи та розродження, ускладнені стресом плода (дистресом) (O 68.) синдром плацентарної трансфузії (O 43.0).</p> | | | | | | |
| <p>Реусе-ізоімунізація, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Анти-Д (Rh-) -антитіла Rh-несумісність (з водянкою плода).</p> | O 36.0 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7– 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Індивідуальний план ведення вагітності 3. Визначення титру Rh-антитіл в динаміці. | <p>При зміні динаміки титру антитіл, ускладненнях вагітності, УЗ-ознаках ураження фетоплацентарного комплексу – госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ускладнення перебігу вагітності. 3. Погіршення перебігу реусе-ізоімунізації (коливання титру антитіл, УЗ-ознаки ураження плаценти та плода). | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| <p>Інші форми ізоімунізації, при яких мати потребує надання медичної допомоги АВО-ізоімунізація. Ізоімунізація БДВ (з волянкою плода).</p> | O 36.1 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7– 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Індивідуальний план ведення вагітності | <p>При ускладненнях вагітності, УЗ-ознаках ураження фетоплацентарного комплексу – госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ускладнення перебігу вагітності. 3. УЗ-ознаки ураження плаценти та плода. | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| <p>Водянка плода, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Водянка плода: - БДВ не пов'язана з ізоімунізацією.</p> | O 36.2 | <ol style="list-style-type: none"> 1. УЗД 2. Нейайне скерування в акушерський стаціонар для дообстеження та розродження. | <p>1. Лікування в умовах акушерського стаціонару.</p> | Виявлена при УЗ-обстеженні водянка плода | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Медико-генетичне обстеження. |
| <p>Ознаки внутрішньоутробної гіпокеї плода, при яких мати потребує надання медичної допомоги.</p> | O 36.3 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7– 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень | <p>Скерування в акушерський стаціонар III рівня.</p> | 1. Діагностований дистрес плода | Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---------------|---|---|---|---|--|
| <p>Внутрішньоутробна загибель плода, при якій мати потребує надання медичної допомоги. Включено:</p> <p>Недостатній ріст плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при встановленні чи передбачуваності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "мало вагомості для терміну" - плацентарній недостатності - "малорослості для терміну". | <p>O 36.4</p> | <p>2. Індивідуальний план ведення вагітності</p> <p>2. Тест рухів плода (ТРП).</p> <p>3. Біофізичний профіль плода, починаючи з 32 тижнів вагітності.</p> <p>4. КТГ плода з проведенням функціональних проб та тестів.</p> <p>5. Допплерометрія судин системи "мати-плацента-плід".</p> | <p>Скерування в акушерський стаціонар III рівня.</p> | <p>Внутрішньоутробна загибель плода.</p> | <p>Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>Протягом післяпологового періоду. Медико-генетичне консультування</p> |
| <p>Недостатній ріст плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при встановленні чи передбачуваності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "мало вагомості для терміну" - плацентарній недостатності - "малорослості для терміну". | <p>O 36.5</p> | <p>1. Рекомендований графік візитів</p> <p>1 – бажано до 12 тижнів</p> <p>2 – не пізніше 2-х тижнів після першого</p> <p>3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p> <p>4 – 25-26 тижнів</p> <p>5 – 30 тижнів</p> <p>6 – 34-35 тижнів</p> <p>7 – 38 тижнів</p> <p>8 – 40 тижнів</p> <p>9 – 41 тиждень</p> <p>2. Індивідуальний план ведення вагітності</p> <p>3. Оцінка показників висоти стояння дна матки та окружності живота.</p> <p>3. УЗД плода, фетометрія.</p> <p>4. Біофізичний профіль плода з 32 тижнів вагітності.</p> <p>5. КТГ плода з проведенням функціональних проб та тестів.</p> <p>7. Допплерометрія судин системи "мати-плацента-плід".</p> <p>8. Медико-генетичне консультування.</p> | <p>Скерування в акушерський стаціонар III рівня.</p> | <p>Недостатній ріст плода</p> | <p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p> | <p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p> |
| <p>Надлишковий ріст плода, при якому мати потребує надання медичної допомоги. Медична допомога матері при встановленні чи передбачуваному "великому для терміну" плода.</p> | <p>O 36.6</p> | <p>1. Рекомендований графік візитів</p> <p>1 – бажано до 12 тижнів</p> <p>2 – не пізніше 2-х тижнів після першого</p> <p>3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p> <p>4 – 25-26 тижнів</p> <p>5 – 30 тижнів</p> <p>6 – 34-35 тижнів</p> <p>7 – 38 тижнів</p> <p>8 – 40 тижнів</p> <p>9 – 41 тиждень</p> | <p>1. Дієта з обмеженням вуглеводів та тваринних жирів.</p> <p>2. Розвантажувальні дні.</p> | <p>1. Допологова госпіталізація в 38 тижнів вагітності для дообстеження та прогнозування методу розродження.</p> <p>2. Ускладнення перебігу вагітності.</p> | <p>Відсутність акушерських та перинатальних ускладнень.</p> | <p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|----------------------|--|--|---|--|---|
| | | 2. Індивідуальний план ведення вагітності 3. Оцінка показників висоти стояння дна матки та окружності живота. 4. УЗД плода, фетометрія. 5. КТГ плода. 6. Вагітним, у яких немає чинників ризику гестаційного діабету, проводять 2-годинний пероральний тест толерантності до глюкози (ПТТГ) у терміні 24-28 тижнів. Вагітним, які мають один чи більше чинників ризику гестаційного діабету, ПТТГ проводять відразу після першого звернення з приводу вагітності. У разі негативного результату ПТТГ повторюють у терміні 24-28 тижнів. | Лікування в умовах стаціонару. | 1. Підозра на черевну вагітність 2. Встановлений діагноз черевної вагітності. | 1. Відсутність материнської летальності. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Життєздатний плід при черевній вагітності, при якому мати потребує медичної допомоги. | О 36.7 | 1. УЗД органів малого таза і плода 2. Негативне скрування в акушерський стаціонар. | Лікування в умовах стаціонару. | 1. Підозра на черевну вагітність 2. Встановлений діагноз черевної вагітності. | 1. Відсутність материнської летальності. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Інші уточнені відхилення у стані плода, при яких мати потребує надання медичної допомоги. Відхилення у стані плода, при якому мати потребує медичної допомоги, не уточнене. | О 36.8 О 36.9 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 4 – 25-26 тижнів 5 – 30 тижнів 6 – 34-35 тижнів 7 – 38 тижнів 8 – 40 тижнів 9 – 41 тиждень 2. Індивідуальний план ведення вагітності 3. Тест рухів плода (ТРП). 4. КТГ плода з проведенням функціональних проб та тестів. 5. Допплерометрія судин системи "матри-плацента-плід". | Госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня для уточнення діагнозу | 1. Дообстеження та уточнення діагнозу. 2. Для розродження. 3. ВВР плода – для переривання вагітності. | 2. Відсутність акушерських та перинатальних втрат. 3. Відсутність післяпологових та післяабортних ускладнень. | Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| ДОПОМОГА МАТЕРІ ПРИ ВІДОМІЙ АБО ПЕРЕДБАЧУВАНІЙ АНОМАЛІЇ ТА УШКОДЖЕННІ ПЛОДА | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Води розвитку ЦНС у плода. Мати потребує надання медичної допомоги. | О 35.0 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого | 1. Скрування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики | 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. При наявності складового захворювання родина з обліку не знімається. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--------|--|---|--|--|---|
| <p>Медична допомога матері у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> • анемія • spina bifida. | | <p>3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p> <p>2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж. + 1 день – 13 тиж.+6 днів);</p> <p>II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)</p> <p>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.)</p> <p>4. Медико-генетичне консультування</p> | <p>2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p> | <p>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p> <p>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p> | | <p>2. Спостереження у генетики.</p> <p>3. Контрацепція протягом 1 року.</p> |
| <p>Хромосомні аномалії плода.</p> | О 35.1 | <p>1. Рекомендований графік візитів</p> <p>1 – бажано до 12 тижнів</p> <p>2 – не пізніше 2-х тижнів після першого</p> <p>3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p> <p>2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+ 1 день – 13 тиж.+6 днів);</p> <p>II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)</p> <p>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж. + 1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.)</p> <p>4. Медико-генетичне консультування</p> | <p>1. Скерування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики</p> <p>2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p> | <p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики</p> <p>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p> <p>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p> | <p>Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>1. При наявності спадкового захворювання родина зобліку не знімається.</p> <p>2. Спостереження у генетики.</p> <p>3. Контрацепція протягом 1 року.</p> |
| <p>Спадкові хвороби у плода.</p> | О 35.2 | <p>1. Рекомендований графік візитів</p> <p>1 – бажано до 12 тижнів</p> <p>2 – не пізніше 2-х тижнів після першого</p> <p>3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p> <p>2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів);</p> <p>II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)</p> <p>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.)</p> <p>4. Медико-генетичне консультування</p> | <p>1. Скерування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики</p> <p>2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p> | <p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики</p> <p>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p> <p>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p> | <p>Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>1. При наявності спадкового захворювання родина зобліку не знімається.</p> <p>2. Спостереження у генетики.</p> <p>3. Контрацепція протягом 1 року.</p> |
| <p>Ураження плода внаслідок вірусної хвороби матері:</p> <ul style="list-style-type: none"> - цитомегаловірусної, - червоної висипки (краснухи). | О 35.3 | <p>1. Рекомендований графік візитів</p> <p>1 – бажано до 12 тижнів</p> <p>2 – не пізніше 2-х тижнів після першого</p> <p>3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД</p> <p>2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів);</p> <p>II УЗ-обстеження (18-21 тиж.)</p> <p>3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.)</p> <p>4. Медико-генетичне консультування</p> | <p>1. Скерування в гінекологічний стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики</p> <p>2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою).</p> | <p>1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики</p> <p>2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою).</p> <p>3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності).</p> | <p>Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>1. Контрацепція протягом 1 року.</p> |

| | | | | | | |
|---|--------------------|--|--|---|---|--|
| 1 Ураження плода внаслідок дій алкоголю. | 2 О 35.4 | 3 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (1 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування. 5. Консультація нарколога. | 4 1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою). | 5 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності). | 6 Відсутність акушерських ускладнень. | 7 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Нагляд у нарколога. |
| Ураження плода внаслідок вживання лікарських засобів (наркоманія у матері). | О 35.5 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (1 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування. 5. Консультація нарколога. | 1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою). | 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності). | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. 2. Нагляд у нарколога. |
| Ураження плода внаслідок дій радіації. | О 35.6 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (1 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування. | 1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою). | 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності). | Відсутність акушерських ускладнень. | 1. Протягом вагітності та післяпологового періоду. |
| Ураження плода (передбачуване) спричинене іншими медичними процедурами внаслідок: - амніоцентезу, - біопсії, | О 35.7 | 1. Рекомендований графік візитів 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД | Переривання вагітності у разі ускладнень, що виникли у разі проведення інвазивних методів діагностики (кровотеча, затибель плода), в умовах стаціонару. | 1. Сімплотми самовільного аборту. 2. Ураження плода, що виникло при проведенні інвазивних методів діагностики. | Відсутність акушерських ускладнень. | Протягом вагітності та післяабортного періоду. |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--|---|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - внутрішньоматкового контрацептиву, - внутрішньоматкової хірургічної операції, - гематогітичного дослідження. | <p>О 35.8</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності). | <p>Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>1. Контрацепція протягом I року.</p> |
| <p>Аномалії та ураження плода у зв'язку з перенесеними матір'ю:</p> <ul style="list-style-type: none"> - листеріозом, - токсоплазмозом. | <p>О 35.8</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендований графік візитів <ol style="list-style-type: none"> 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Консультація інфекціоніста | <ol style="list-style-type: none"> 1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності). | <p>Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p> |
| <p>Аномалії і ураження плода, не уточнені</p> | <p>О 35.9</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендований графік візитів <ol style="list-style-type: none"> 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності). | <p>Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>1. Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p> |
| ХРОМОСОМНІ АНОМАЛІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ | | | | | | |
| <p>Допологове обстеження з метою виявлення хромосомних аномалій</p> <p>Допологове обстеження з метою виявлення підвищеного рівня альфа-фетопротеїну</p> <p>Інші види допологового обстеження, що ґрунтуються на амніоцентезі.</p> | <p>2</p> <p>Z 36.0</p> <p>Z 36.1</p> <p>Z 36.2</p> <p>Z 36.3</p> <p>Z 36.4</p> <p>Z 36.5</p> <p>Z 36.8</p> <p>Z 36.9</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Рекомендований графік візитів <ol style="list-style-type: none"> 1 – бажано до 12 тижнів 2 – не пізніше 2-х тижнів після першого 3 – 19-21 тижнів вагітності після проходження другого УЗД 2. Перше УЗ-обстеження (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); II УЗ-обстеження (18-21 тиж.) 3. Перший і другий біохімічний скринінг (11 тиж.+1 день – 13 тиж.+6 днів); (18-21 тиж.) 4. Медико-генетичне консультування. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Скерування в гінекологічний або акушерський стаціонар III рівня для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Скерування для переривання вагітності за медичними показаннями при вадах розвитку, несумісних із життям (за згодою). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Для проведення інвазивної пренатальної діагностики 2. Для переривання вагітності за медичними показаннями (за згодою). 3. Для розродження (у разі відмови жінки від переривання вагітності). | <p>1. Відсутність акушерських ускладнень.</p> | <p>Протягом вагітності та післяпологового періоду.</p> |

V. ПИТАННЯ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|------------------|--|--|---|--|--|
| Застосування протизаплідних засобів. Загальні поради та консультації з контрацепції: - консультування з питань планування сім'ї; - первинна рекомендація протизаплідного засобу. | Z 30 Z 30.0 | 1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Вимірювання АТ (у разі вибору гормонального методу контрацепції). 4. Обстеження статевих органів (у разі вибору вагінальних та внутрішньоматкових контрацептивів). 5. Скринінг на предмет виявлення ПСПШ/ВПЛ - бактеріоскопія вагінального мазка (у разі вибору ВМК). 6. Загальний аналіз крові (у разі вибору ВМК). 7. Консультування у профільних спеціалістів при наявності екстрагенітальної патології. 8. Гінекологічний огляд не є обов'язковим для рекомендації і використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік. | Консультування статевих партнерів з урахуванням: - поінформованого вибору методу контрацепції; - даних анамнезу; - стану здоров'я; - віку; - індивідуальних особливостей. | Ускладнення при використанні контрацептиву, які потребують госпіталізації | 1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень при застосуванні конкретного методу контрацепції. | Протягом всього часу користування тим чи іншим методом контрацепції (огляд один раз на рік). |
| Введення протизаплідного (внутрішньоматкового) контрацептиву. Спостереження за використанням (внутрішньоматкового) протизаплідного контрацептиву. | Z 30.1 Z 30.5 | 1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Обстеження статевих органів. 4. Скринінг на предмет виявлення ПСПШ/ВПЛ (бактеріоскопія вагінального мазка). 5. Аналіз крові загальний. | 1. Введення ВМК (безконтактний метод). 2. Видалення ВМК: - за бажанням жінки; - при частковій екструзії; - по закінченні терміну придатності. 3. Рекомендації щодо безпечної поведінки. | Ускладнення під час введення та використання ВМК, які потребують госпіталізації | 1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень при застосуванні ВМК. | Протягом користування методом (огляд один раз на рік). |
| Стерилізація жінок. | Z 30.2 | | 1. Оперативне лікування в умовах стаціонару та денного стаціонару за наявності умов. | Для проведення операції. | 1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність операційних та післяопераційних ускладнень. | Протягом одного року (огляд один раз на рік). |
| Спостереження за використанням протизаплідних засобів - повторна рекомендація протизаплідних пілоль або інших протизаплідних засобів. | Z 30.4 | 1. Анамнез. 2. Загальне фізикальне обстеження. 3. Вимірювання АТ (у разі використання гормонального методу контрацепції). 4. Обстеження статевих органів (у разі використання вагінальних та внутрішньоматкових контрацептивів). 5. Обстеження на предмет виявлення ПСПШ/ВПЛ - бактеріоскопія вагінального мазка (у разі використання ВМК). 6. Загальний аналіз крові (у разі використання ВМК). | За показаннями. | У разі виникнення ускладнень, які потребують госпіталізації | 1. Відсутність непланованої вагітності. 2. Відсутність ускладнень. | Протягом користування методом (огляд один раз на рік). |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|----------|--|---|-----------------|---|-----------------------------------|
| Обстеження і тести для встановлення вагітності - вагітність, (це) не підтверджена - вагітність підтверджена. | Z 32.1 | 7. Консультування у профільних спеціалістів при наявності екстрагенітальної патології. 1. Гінекологічне обстеження. 2. УЗД органів малого таза. 3. Швидкий тест на вагітність. 4. Дослідження крові на ХГЛ (за показаннями). | 1. Відміна методу контрацепції у разі виявлення вагітності. 2. Подальша тактика залежно від репродуктивних планів. | За показаннями. | Відсутність ускладнень. | 1. Регулярний менструальний цикл. |
| НОРМАТИВИ ПО МОЛОЧНІЙ ЗАЛОЗІ | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Доброякісна дисплазія МЗ (включає фібрознокістозну мастопатію) та після оперативного лікування в онкологія з приводу доброякісної вогнищевої дисплазії за умов отримання ГЗ, щодо доброякісної патології | N 60 | 1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (після 40 років). 5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії) | 1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології | За показаннями | Зникнення симптомів та відсутність рецидиву протягом року | Спостереження 1 раз на 3 місяці |
| Галакторея | N 64.3 | 1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (після 40 років) 5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії) | 1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології | За показаннями | | |
| Мастодіяна | N 64.4 | 1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (після 40 років). 5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії) | 1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології | | | |
| Субінволюція молочних залоз післялактатія | N 64.8 | 1. Анамнез. 2. Гінекологічне обстеження 3. УЗД молочних залоз 4. Мамографія (після 40 років). 5. Гормональне обстеження (ПРЛ - двократно, ТТГ). 6. МРТ головного мозку (за наявності гіперпролактинемії) 7. Консультація окуліста з проведенням периметрії (за наявності гіперпролактинемії) | 1. Корекція виявлених гормональних порушень за індивідуальним планом 2. Лікування супутньої гінекологічної патології | | | |