



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА
(Минздрав РТ)**

П Р И К А З

от 30.12.2020
№ 1610пр/20

г. Кызыл

**О совершенствовании медицинской помощи по профилю
«Акушерство и гинекология» на территории Республики Тыва**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Тыва, утвержденным постановлением Правительства Республики Тыва от 18 апреля 2013 г. № 228, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые:

перечень подведомственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю акушерство и гинекология;

порядок оказания медицинской помощи беременным на амбулаторном этапе, на стационарном этапе;

форму индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы (форма № 111/у) согласно приложению № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму обменной карты акушерского стационара (форма № 113-1/у) согласно приложению № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму истории родов (форма № 096/у) согласно приложению № 4 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму вкладыша в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) согласно приложению № 5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму вкладыша в карту больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице (форма № 003-2/у-88) при оказании акушерско-гинекологической помощи согласно

приложению № 6 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму вкладыша в карту стационарного больного (форма № 003/у) гинекологического отделения согласно приложению № 7 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму вкладыша в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) или в карту больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице (форма № 003-2/у-88) при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом согласно приложению № 8 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму вкладыша в карту больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице (форма № 003-2/у-88) или в карту стационарного больного (форма № 003/у) при искусственном прерывании беременности хирургическим методом согласно приложению № 9 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130;

форму карты донесения о случае материнской смерти (форма № 003/уМС) согласно приложению № 10 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130;

2. Главным врачам подведомственных медицинских организаций, в структуре которых находятся родильные отделения, организовать urgentные родильные залы.

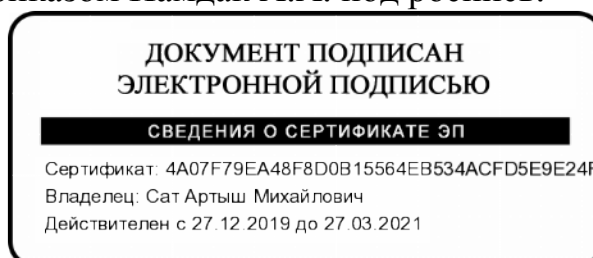
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Тыва от 16 октября 2015 г. № 1209 «Об утверждении Положения об оказании медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» в Республике Тыва».

4. Разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Тыва в информационно - телекоммуникационной сети «Интернет» в разделе «Приказы Министерства здравоохранения Республики Тыва».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Республики Тыва Намдак А.А.

6. Сектору организационного, документационного обеспечения и контроля Министерства здравоохранения Республики Тыва (Чыпсынак Ч.Н.) направить настоящий приказ главным врачам подведомственных медицинских организаций Министерства здравоохранения Республики Тыва и ознакомить с приказом Намдак А.А. под роспись.

Министр



А.М. Сат

**ПЕРЕЧЕНЬ
ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ**

Медицинские организации 1 группы
ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ»
ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ»
Медицинские организации 2 группы
ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ»
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»
Медицинские организации 3А группы
ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ»

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»

I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности на амбулаторном этапе.

1. Настоящий Порядок регулирует оказание медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «акушерство и гинекология (искусственное прерывание беременности)».

I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

2. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и (или) «акушерскому делу».

3. В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или, в случае их отсутствия, – медицинской сестрой.

Отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на фельдшера, медицинскую сестру или акушерку в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним

и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2017 г. № 882н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 января 2018 г., регистрационный № 49561).

Первичная врачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), в офисах врачей общей практики (семейных врачей), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 июня 2012 г., регистрационный № 24726) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 июня 2015 г. № 361н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 2015 г., регистрационный № 37921), от 30 сентября 2015 г. № 683н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 ноября 2015 г., регистрационный № 39822), от 30 марта 2018 г. № 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2018 г., регистрационный № 51917), от 27 марта 2019 г. № 164н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2019 г., регистрационный № 54470), от 3 декабря 2019 г. № 984н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 февраля 2020 г., регистрационный № 57452), от 21 февраля 2020 г. № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 г. № 59083) (далее – приказ № 543н).

При оказании медицинской помощи во время беременности врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов в случае возникновения осложнений течения беременности обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности с целью профилактики, диагностики и лечения ее осложнений оказывается в женской консультации.

Правила организации деятельности женской консультации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт ее оснащения определены приложениями № 3-5 к настоящему Порядку.

4. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с настоящим Порядком на основе

территориальных схем маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

5. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом – не менее пяти раз;
- врачом-терапевтом – не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7–10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);
- врачом-стоматологом – не менее одного раза;
- врачом-офтальмологом – не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Ведение беременности при физиологическом течении беременности в Республике Тыва определены в приложении № 7 к настоящему приказу.

6. При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11–12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 20 недель беременности.

7. При выявлении медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, при сроке до 22 недель беременности, женщины направляются в гинекологические отделения медицинских организаций, имеющих возможность оказания специализированной медицинской помощи женщине, в том числе для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий (при наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

8. При сроках беременности 11–14 и 19–21 недель беременным женщинам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода, риск преждевременных родов, риск преэклампсии, хромосомные аномалии (далее – ХА) и пороки развития плода (далее – ПРП).

9. На первом этапе при сроке беременности 11–14 недель беременная женщина направляется в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» для проведения ультразвукового исследования (далее – УЗИ) врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода), и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β -ед.ХГЧ).

Порядок проведения комплексной пренатальной диагностики беременных по Республике Тыва представлен в приложении № 8 к настоящему приказу.

Правила организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода определены [приложением № 4](#) к настоящему приказу. Рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения отделения определены [приложениями № 3-4](#) к Порядку Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1130 от 20 октября 2020 г.

В целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, при сроке беременности 11–14 недель беременной женщине в условиях межрайонного кабинета антенатальной охраны плода выполняется измерение роста, веса, артериального давления, ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11–14 недель беременности согласно [приложению № 4 к настоящему приказу](#) и выдаются на руки пациентке.

Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, оформленным по форме согласно приложению №5 к настоящему приказу, доставляются в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», где проводится биохимический анализ крови на уровень материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β -ед. ХГЧ)). На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии.

Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в медицинскую организацию, где проводился первый этап антенатальной оценки состояния плода, в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом-акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций. Беременная женщина должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

В случае выявления у беременной женщины высокого (1/100 и выше)

риска по наличию ХА и/или ПРП по результатам скрининга при сроках беременности 11–14 недель, она направляется в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», осуществляющую комплексный расчет индивидуального риска, для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ.

В случае подтверждения высокого риска ХА и/или ПРП ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования (аспирация/биопсия ворсин хориона).

Аспирация/биопсия ворсин хориона проводится в медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) или медико-генетическом центре (консультации), имеющей лицензии по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «ультразвуковая диагностика» и «клиническая лабораторная диагностика», в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационара. Полученный материал доставляется в генетическую лабораторию для проведения генетической диагностики и заключения врача-генетика.

Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде по защищенному каналу связи в сети Интернет и размещаются в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдаются на руки пациентке.

В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременности предоставляются консилиумом врачей. Заключение оформляется письменно и направляется лечащему врачу в электронном виде по защищенному каналу связи в сети Интернет и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

На втором этапе при сроке беременности 19–21 неделя беременные с низким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11–14 недель, направляются в кабинет антенатальной охраны плода при ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» с целью проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в сроке беременности 19-21 неделя согласно [приложению №6](#) к настоящему приказу.

В случае выявления (подтверждения) высокого (1/100 и выше) риска ХА и/или при ПРП, ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).

По результатам обследования лечащий врач представляет беременной женщине информацию о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП

и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

10. При наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

11. При проведении прерывания беременности в связи с ПРП, в случае перинатальной смерти проводится верификация диагноза на основе патолого-анатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, а также данных магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии.

Верификация антенатального диагноза ПРП или ХА после рождения ребенка осуществляется профильными специалистами.

Заключение о результатах верификации пренатального диагноза после прерывания беременности или рождения ребенка с ПРП или ХА направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или выдается на руки пациентке.

12. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ПРП или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с разделом I настоящего Порядка. Родоразрешение определяется с учетом наличия экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины, особенностей течения беременности в акушерском стационаре №1 ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

13. Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций осуществляют направление беременных женщин на родоразрешение в стационар в соответствии с разделом III настоящего Порядка.

Правила организации деятельности женской консультации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения женской консультации определены приложениями № 3-5 к настоящему Порядку.

14. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом. При отсутствии в медицинской организации врача-акушера-гинеколога, медицинская помощь может оказываться врачами-акушерами-гинекологами иных медицинских организаций.

При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар № 1 ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в акушерский стационар № 1 ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», определяющего тяжесть состояния.

15. Беременные женщины, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, заблаговременно направляются на дородовую госпитализацию в отделения акушерского ухода для беременных женщин для наблюдения.

Правила организации деятельности отделения акушерского ухода для беременных женщин, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения отделения акушерского ухода для беременных женщин определены [приложениями № 12–14](#) к настоящему Порядку.

16. В дневные стационары направляются женщины в сроке беременности до 22 недель (за исключением проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности) и в послеродовой период, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, не требующей круглосуточного пребывания в медицинской организации. Правила организации деятельности дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии определены [приложениями № 15–18](#) к настоящему Порядку.

17. В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более госпитализация женщины осуществляется в акушерский стационар № 1,2 ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

В случае невозможности доставки женщины с преждевременными родами в акушерский стационар третьей группы (уровня), беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (отделение), при этом вызывается выездная педиатрическая бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному. Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и при гинекологической патологии (далее – выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации) вызывается при декомпенсированной экстрагенитальной патологии и акушерских осложнениях (преэклампсия тяжелой степени, предлежание плаценты с кровотечением, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при объеме кровопотери 1000 мл и более или геморрагическом шоке).

18. При сроке беременности 36–37 недель беременности формулируется полный клинический диагноз и определяется место

планового родоразрешения.

Беременная женщина информируется врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

19. В консультативно-диагностическом отделении или акушерском дистанционном консультативном центре на базе акушерских стационаров третьей группы (уровня) должны быть проконсультированы беременные женщины:

- с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно с врачами-специалистами по профилю заболевания;

- с отягощенным акушерским анамнезом (невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и родовыми травмами, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке с признаками его несостоятельности и (или) осложненным течением послеоперационного периода, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, септические осложнения после родов и аборт, тяжелые травмы родовых путей (разрывы шейки матки, влагалища, промежности третьей степени), разрывы матки во время беременности или в родах в анамнезе, рождение детей с ПРП, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);

- с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности (при отягощенном анамнезе по невынашиванию, при отсутствии эффекта от проводимого лечения на этапе женской консультации), гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, изоиммунизация, анемия, неправильное положение плода, патология пуповины, плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

- при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения и оперативных вмешательств на матке;

- с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

II. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода

20. При диагностированных ПРП, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденному, проводится консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-педиатра, врача-неонатолога и врача-специалиста по профилю выявленного ПРП.

Если по заключению консилиума врачей возможна внутриутробная

хирургическая коррекция ПРП во время беременности, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Если по заключению консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерский стационар № 1,2 ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

Заключение консилиума врачей выдается на руки беременной женщине для предъявления по месту наблюдения по беременности, направляется лечащему врачу в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы).

21. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи, консилиум врачей руководствуется следующими положениями:

21.1. При наличии у плода врожденного порока сердца (далее – ВПС), требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «детской хирургии» и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей-сердечно-сосудистых хирургов из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар № 1,2 ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», для проведения медицинского вмешательства. Эвакуация новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи может осуществляться выездной педиатрической бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

21.2. К ВПС, требующим кардиохирургического вмешательства в первые дни жизни, относятся:

- ВПС с обструкцией системного кровотока (коарктация аорты/перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, критический стеноз клапана аорты);

- ВПС с обструкцией лёгочного кровотока (атрезия/стеноз лёгочной артерии с протокзависимой гемодинамикой, критическая форма аномалии

Эбштейна, тотальный аномальный дренаж лёгочных с рестрикцией на коллекторе);

- простая транспозиция магистральных артерий;
- открытый артериальный проток у недоношенных (в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения).

21.3. К ВПС, требующим планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни ребёнка, относятся:

- простая транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки более 6 мм;
- тотальный аномальный дренаж лёгочных вен;
- общий артериальный ствол;
- аортолёгочное окно;
- гемитрункус;
- аномалия Тауссиг-Бинга без выраженной обструкции системного и лёгочного кровотока;
- ВПС с гиперволемией малого круга кровообращения, требующей суживания лёгочной артерии, или другого паллиативного кардиохирургического вмешательства до 28 дней жизни;
- тетрада Фалло с агенезией клапана лёгочной артерии.

22. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с ПРП (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-детского хирурга, врача-неонатолога, врача ультразвуковой диагностики и врача-специалиста по профилю выявленного ПРП руководствуется следующими положениями:

22.1. При наличии изолированного ПРП (поражение одного органа или системы) и отсутствии данных за возможное сочетание порока с генетическими синдромами или ХА, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «детской хирургии», и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей-специалистов по профилю выявленного ПРП из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в специализированный детский стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «детская хирургия», для проведения хирургического вмешательства по стабилизации состояния. Эвакуация новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи может осуществляться выездной педиатрической бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи

новорожденному.

22.2. При наличии ПРП, сочетающегося с ХА, или наличии множественных ПРП, проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья новорожденного, включая генетическое обследование, ЭХО-кардиографию и магнитно-резонансную и/или компьютерную томографию плода. По результатам проведенного дообследования рекомендуется организация консультирования консилиумом врачей федеральной медицинской организации (в том числе дистанционно) для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

При невозможности оказания новорожденному с врожденными пороками развития, включая ВПС, необходимой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, беременные женщины направляются на родоразрешение в акушерские стационары федеральных медицинских организаций для оказания помощи новорожденному в условиях отделения хирургии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

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

23. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «акушерскому делу».

24. Правила организации деятельности родильного дома (отделения), рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения родильного дома (отделения) определены приложениями № 19-21 к настоящему Порядку, порядком оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» и стандартами оснащения, утвержденными порядком оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

Правила организации деятельности перинатального центра, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения перинатального центра определены приложениями № 22-24 к настоящему Порядку, порядком оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» и стандартами оснащения, утвержденными порядком оказания медицинской помощи по профилю

«неонатология» и порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

25. С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц, а также новорожденных, оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональных схем маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций.

26. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, а также новорожденным, разделяются на три группы (уровня) по возможности оказания медицинской помощи:

первая группа (уровень) – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в составе urgentный родильный зал, организованный в соответствии с Правилами организации деятельности urgentного родильного зала согласно приложению № 25 к настоящему Порядку;

вторая группа (уровень) – акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилированные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;

третья А группа (уровень) – акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации;

третья Б группа (уровень) – акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации.

26.1. Критериями для определения этапности оказания плановой медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (уровня) являются:

- отсутствие показаний для планового кесарева сечения;
- отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний, в том числе:

- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения и др.;
- отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (протеинурия во время беременности, гипертензивные расстройства, задержка роста плода);

- головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;

- отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии;

- отслойки нормально расположенной плаценты;

- отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как преждевременные роды, гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

Показания для госпитализации в urgentный родильный зал:

- активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения);
- экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

Стандарт оснащения urgentного родильного зала определен приложением № 26 к настоящему Порядку и стандартом оснащения, утвержденным порядком оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».

26.2. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары второй группы (уровня) являются:

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

- психические заболевания;

- переносимая беременность;

- предполагаемый крупный плод;

- анатомическое сужение таза I-II степени;

- тазовое предлежание плода;

- низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель (за исключением наличия рубца на матке после операции кесарева сечения);

- мертворождение в анамнезе;

- рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения;
- рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;
- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 34-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (уровня) (высокой степени риска);
- антенатальная гибель плода (при отсутствии критериев, предусмотренных пунктом 27.3 настоящего Порядка);
- преэклампсия умеренная;
- эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный на диетотерапии, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация);
- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);
- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.

26.3. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей А группы (уровня) являются:

- возраст беременной женщины до 18 лет;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 34 недель;
- предлежание плаценты;
- задержка роста плода;
- изоиммунизация при беременности;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода;
- много - и маловодие;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной

или сердечно-легочной недостаточности;

состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств;

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;

прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;

расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);

подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, эклампсия и их осложнения;

холестаза, гепатоз беременных;

кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;

беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;

антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;

многоплодная беременность (тремя и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов).

26.4. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей Б группы (уровня) являются:

состояния, перечисленные в [пункте 27.3](#) настоящего Порядка;

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

27. В акушерских стационарах рекомендуются семейно ориентированные (партнерские) роды.

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

В течение родов и в первые дни после рождения выполняется комплекс мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных.

В родильном зале, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется обеспечить максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди (не позднее 1,5-2 часов) после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания.

28. В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку.

Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов – 3 суток, при неосложненном течении послеоперационного периода после кесарева сечения – 4 суток.

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

30. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию (талон № 2 обменной карты беременной, роженицы и родильницы), детскую поликлинику (талон № 3 обменной карты беременной, роженицы и родильницы) в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным.

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

31. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в стационар медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «кардиологии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)».

Консилиум врачей в составе врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о тяжести состояния женщины и представляет ей информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

32. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в стационар беременных женщин в сроке до 12 недель в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «кардиологии», для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

32.1. Ревматические пороки сердца:

все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более степени тяжести;

все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией.

32.2. ВПС:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) наличием постстенотического расширения);

врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

болезнь Эбштейна;

сложные ВПС;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза.

32.3. Болезни эндокарда, миокарда и перикарда: острые и подострые формы миокардита;

хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) сложными нарушениями сердечного ритма;

инфаркт миокарда в анамнезе;

острые и подострые формы бактериального эндокардита;

острые и подострые формы перикардита;

32.4. Нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма).

32.5. Состояния после операций на сердце.

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

Вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение

сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации) – о направлении в стационар медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» решает консилиум врачей в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга) и врача-акушера-гинеколога, в том числе с использованием дистанционного консультирования врачей-специалистов федеральных медицинских организаций.

При сроке беременности 18–22 недели женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» или «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, дородовой диагностики с целью исключения ПРП, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

34. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в стационар медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» и (или) «сердечно-сосудистой хирургии», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум врачей медицинской организации, в стационар которой направлена беременная женщина, в составе врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, УЗИ с доплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии показаний – о досрочном родоразрешении.

35. При сроке беременности 35–37 недель консилиумом врачей в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния

фетоплацентарного комплекса, определяется медицинская организация для родоразрешения, срок родов и способ родоразрешения.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

36. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи, направляются для родоразрешения в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» для проведения соответствующего лечения.

При отсутствии в субъекте медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилям «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» и «акушерство и гинекология», оказание медицинской помощи беременным женщинам с высоким риском критических состояний, нуждающимся в экстренной кардиохирургической помощи, осуществляется в специализированной медицинской организации кардиохирургического профиля с привлечением, при необходимости родоразрешения, выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации и выездных педиатрических бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

Тактика ведения в послеродовом периоде определяется консилиумом врачей: новорожденный госпитализируется в отделение патологии новорожденных, родильница, с учетом состояния по основному заболеванию может быть переведена в акушерский стационар (палата совместного пребывания матери и ребенка) или гинекологический стационар.

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации беременная женщина по заключению консилиума врачей заблаговременно направляется в федеральную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

37. Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача-анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии. Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница

переводится в кардиологическое отделение. При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациентка переводится в акушерский (гинекологический) стационар.

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

38. Для организации медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в акушерских стационарах создаются отделения анестезиологии-реаниматологии, а также акушерские дистанционные консультативные центры (далее – акушерский дистанционный консультативный центр), выездные бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.

Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра и родильного дома определены приложением № 27 к настоящему Порядку.

Правила организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и родильного дома и выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и родильного дома и выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, определены приложениями № 28–33 к настоящему Порядку.

39. К основным состояниям и заболеваниям, синдромам и симптомам, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовый период, а также консультирования и дальнейшего мониторинга состояния пациентки в акушерском дистанционном консультативном центре, относятся:

- остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация);
- нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS);
- инсульт;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия;
- желтуха при преэклампсии;
- билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии);
- повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ;
- внутрисосудистый гемолиз;

- тромботическая микроангиопатия;
- острый цианоз;
- одышка более 25 в мин.;
- патологические ритмы дыхания;
- апное (любая этиология);
- острый респираторный дистресс синдром;
- $paO_2/FiO_2 < 200$ мм рт. ст.;
- сатурация кислорода менее 90% более 60 мин;
- отек легких (любая этиология);
- интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией;
- аспирационный синдром;
- шок – анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный;
- продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология);
- нарушения ритма сердца (любые формы);
- сердечная недостаточность;
- олигурия, резистентная к введению жидкости;
- креатинин более 150,0 ммоль/л;
- тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл);
- сгустки крови не образуются, гипокоагуляция;
- рН крови менее 7,2;
- признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза;
- кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение;
- тяжелая анемия (любая этиология), сопровождающаяся гемической гипоксией;
- трансфузия компонентов крови;
- гистерэктомия (любые показания);
- лапаротомия кроме операции кесарева сечения;
- релапаротомия (любые показания);
- разрыв матки;
- осложнения после прерывания беременности в ранние сроки;
- сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;
- лактат более 2,0 ммоль/л;
- госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания);
- согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, некушеровских операциях во время беременности;
- осложнения анестезиологического обеспечения (любые);
- осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов;
- прогнозируемая или текущая трудная интубация трахеи;

– декомпенсация соматической патологии (любая).

40. В случае необходимости, к оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-реанимации должны привлекаться врачи той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость в проведении реанимации и интенсивной терапии.

Основанием для перевода родильниц в послеродовое отделение, беременных женщин – в отделение патологии беременности (другие профильные отделения по показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения является стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций.

41. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется в два этапа:

вне медицинской организации – осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, которая состоит из врачей-анестезиологов-реаниматологов, владеющих методами ургентной диагностики, реанимации и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии; врачей-акушеров-гинекологов, владеющих полным объемом хирургических вмешательств в акушерстве-гинекологии, и медицинских сестер-анестезистов, освоивших навыки оказания неотложной помощи в неонатологии и акушерстве-гинекологии, или в случае отсутствия выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации – бригадами скорой медицинской помощи;

в стационарных условиях – осуществляется в акушерских стационарах, отделениях анестезиологии-реанимации медицинских организаций.

42. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы, на уровне фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта, офиса врача общей практики (семейного врача), медицинский работник в экстренном порядке вызывает бригаду скорой медицинской помощи и информирует администрацию соответствующей районной больницы о сложившейся ситуации.

Дежурный врач районной больницы организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице с привлечением врачей-акушеров-гинекологов и врачей-анестезиологов-реаниматологов до времени прибытия бригады скорой медицинской помощи и осуществляет подготовку подразделений медицинской организации к приему беременной женщины, роженицы или родильницы.

43. При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в медицинскую организацию, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления

предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации в АКДЦ и консультанту по вопросам акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Тыва, для согласования объема медицинской помощи и вызова бригады АКДЦ.

При необходимости досрочного родоразрешения не подлежащих медицинской эвакуации беременных женщин в акушерском стационаре первой или второй группы (уровня), координация оказания медицинской помощи новорожденному ребенку осуществляется дистанционным консультативным реанимационным неонатологическим центром, в том числе с привлечением выездных педиатрических бригад АКДЦ для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденным.

44. Выездная бригада АКДЦ направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах первой и второй группы (уровня), для оказания медицинской помощи на месте, а также для медицинской эвакуации женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период, в акушерские стационары третьей А и Б группы (уровня) или профильные (реанимационные) отделения многопрофильной республиканской больницы.

45. Выездная бригада АКДЦ (с привлечением бригады ТЦМК при необходимости) эвакуирует женщин с акушерской патологией в отделения анестезиологии-реанимации акушерских стационаров, с экстрагенитальными заболеваниями в отделения анестезиологии-реанимации в составе многопрофильных медицинских организаций по профилю заболевания, в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение этой категории пациентов.

46. В отдаленные кожууны (доставка пациента на автомашине в отделение анестезиологии-реанимации занимает больше 1 часа) или транспортно недоступные населенные пункты, рекомендуется организовывать санитарно-авиационную эвакуацию пациентов.

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

47. Оказание медицинской помощи женщинам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

48. Основным критерием эффективности оказания медицинской помощи беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией является неопределяемый

уровень вирусной нагрузки у 90 % беременных перед родами, что позволяет предотвратить перинатальную передачу ВИЧ.

49. Необходимо обеспечить совместное ведение пациентки врачом-акушером-гинекологом и врачом-инфекционистом с реализацией следующих мероприятий:

- разработка плана ведения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией;

- отражение в медицинской документации женщины (индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы, обменная карта беременной, роженицы и родильницы, медицинская карта беременной, роженицы

и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях) эпидемиологического номера (в регионе пребывания), схемы антиретровирусной терапии (далее – АРВТ), принимаемой во время беременности, данных лабораторного и клинического мониторинга, рекомендаций по схемам предотвращения перинатальной передачи ВИЧ в родах, послеродовом и раннем неонатальном периодах;

- проведение работы по формированию приверженности у беременной женщины к наблюдению и АРВТ;

- контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов;

- при отказе женщины от одного или всех этапов предотвращения перинатальной передачи ВИЧ постановка в известность руководителя медицинской организации и Центра профилактики и борьбы со СПИД Республики Тыва немедленно;

- максимально возможный отказ от инвазивных манипуляций, повышающих риск инфицирования плода;

- своевременный лабораторный мониторинг за эффективностью и безопасностью АРВТ в соответствии с планом ведения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией, и утвержденными стандартами оказания медицинской помощи;

- подготовка беременной женщины к родоразрешению;

- взаимодействие с акушерским стационаром по вопросам продолжения АРВТ и родоразрешения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией;

- контроль за своевременным поступлением беременной женщины с ВИЧ-инфекцией на госпитализацию в акушерский стационар №1 ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» (в плановом порядке – на сроке 38 недель).

50. Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в Центр профилактики и борьбы со СПИД по Республике Тыва и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований

для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) АРВТ и запрашивает из Центра профилактики и борьбы со СПИД по Республике Тыва информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

51. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, назначенных специалистами Центра профилактики и борьбы со СПИД.

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема врач-акушер-гинеколог женской консультации информирует Центр профилактики и борьбы со СПИД по Республике Тыва для принятия соответствующих мер.

52. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или при отсутствии результатов скрининга на ВИЧ в 3-м триместре беременности, а также при наличии высокого риска заражения ВИЧ независимо от количества исследований во время беременности, рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее – ИДС).

53. Тестирование роженицы на антитела к ВИЧ в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (применении антиретровирусных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

54. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, проводится в лаборатории или приемном отделении акушерского стационара медицинскими работниками, прошедшими повышение квалификации по вопросам диагностики ВИЧ. Исследование проводится в соответствии с инструкцией, прилагаемой к конкретному экспресс-тесту.

55. Каждое исследование на ВИЧ с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным параллельным исследованием той же порции крови классическими методами (ИФА, иммунный блот).

Результаты этого исследования немедленно передаются в медицинскую организацию по месту забора крови.

56. Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

57. Проведение антиретровирусной профилактики у женщины в период родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

58. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется по возможности ограничить проведение акушерских пособий, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода.

59. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов.

60. Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается лечащим врачом-акушером-гинекологом, на основе клинических рекомендаций, с учетом состояния матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

61. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ методом ИФА с помощью вакуумных систем для забора крови. Кровь направляется в скрининговую лабораторию Центра профилактики и борьбы со СПИД по Республике Тыва.

62. В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ-инфекцией по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации. В исключительных случаях, если женщина, несмотря на многократно проводимое консультирование, приняла осознанное решение о грудном вскармливании, рекомендуется провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене. При желании женщины сохранить грудное вскармливание ребенка рекомендуется продолжить прием АРВТ матери на весь период сохраняющегося риска передачи ВИЧ от матери ребенку. При наличии грудного вскармливания рекомендуется применение антиретровирусных препаратов у ребенка.

63. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются в медицинской документации матери

и ребенка и передаются в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) в Центр профилактики и борьбы со СПИД по Республике Тыва, а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

VII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

64. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной (доврачебной и врачебной), специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», или «акушерскому делу».

65. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

66. В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или медицинской сестрой.

Отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на фельдшера, акушерку медицинской организации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971).

Первичная врачебная медико-санитарная помощь женщинам при гинекологических заболеваниях оказывается в малочисленных

населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), в офисах врачей общей практики (семейных врачей), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом № 543н.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в женской консультации, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

67. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские приемы женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционную и прегравидарную подготовку.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов, осуществляется при проведении профилактического приема, проведении диспансеризации взрослого населения или посещении смотрового кабинета медицинской организации.

В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится: скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (анализ на вирус папилломы человека (далее – ВПЧ) и цитологическое исследование мазка (соскоба), в т. ч. жидкостная цитология, на наличие атипических клеток шейки матки) и скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм).

Скрининг при профилактических осмотрах здоровых женщин считается выполненным при охвате 80 % и более женского населения. Широта охвата населения (80 % и более) может быть обеспечена с помощью активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также использованием технологии самозабора (при исследовании на ВПЧ).

Скрининг для выявления рака шейки матки проводится в возрасте 21 – 29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии 1 раз в 3 года, в возрасте 30 – 65 лет – с применением ко-тестирования (цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора) 1 раз в 5 лет.

Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года.

С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное исследование

и УЗИ органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы здоровья:

I группа здоровья – женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития;

II группа здоровья – женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом-акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

III группа здоровья – женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом-акушером-гинекологом.

68. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Группы диспансерного наблюдения женщин с гинекологическими заболеваниями:

1 диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие, синдром поликистозных яичников, олиго/аменорея).

Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, с обязательным соблюдением принципов онконастороженности.

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом-акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы.

Врачебная тактика в отношении женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью

к категории «Системы данных результатов визуализации молочных желез» (BI-RADS):

0 категория – направляется на консультацию врача-онколога для определения дальнейшей тактики ведения;

1, 2 категории – пациентка наблюдается врачом-акушером-гинекологом;

3 категория – направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза;

4, 5, 6 категории – наблюдается врачом-онкологом.

При исключении злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач-акушер-гинеколог взаимодействует со специалистами кабинета медико-социальной помощи женской консультации (специалистом по социальной работе, психологом) в части осуществления мероприятий по предупреждению аборт, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после.

69. Стационарная помощь гинекологическим больным оказывается в медицинских организациях, которые в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения разделяются на три группы (уровня) по возможности оказания медицинской помощи.

Первая группа (уровень) – медицинские организации (ЦКБ), оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологической патологией в гинекологических палатах хирургических отделений (с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек, при удаленности ближайшего гинекологического стационара более 100 км и временем доставки пациентов более 60 мин.) или гинекологических койках в составе центральных районных больниц, с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек.

Вторая группа (уровень) – гинекологические отделения родильных домов ММЦ, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек.

Третья А группа (уровень) – гинекологическое отделение ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», оказывающее специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

Третья Б группа (уровень) – гинекологические стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную,

в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», а также в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

70. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары первой группы (уровня) являются:

- состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи;
- состояния, требующие планового оказания специализированной медицинской помощи в объеме, соответствующем уровню оснащенности и квалификации врача-акушера-гинеколога.

71. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары второй группы (уровня) являются:

- состояния, требующие экстренной или неотложной медицинской помощи, а также состояния, обусловленные гинекологической патологией и требующие оказания специализированной медицинской помощи с использованием в том числе современных медицинских технологий (эндоскопических, а также при необходимости привлечения смежных специалистов).

72. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары третьей А группы (уровня) являются:

- состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов;
- заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения;
- состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с использованием инновационных технологий, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы.

73. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары третьей Б группы (уровня) являются:

- состояния, перечисленные в пункте 75 Порядка;
- состояния, обусловленные гинекологической патологией для оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

74. Правила организации деятельности гинекологического отделения, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения гинекологического отделения определены приложениями

№ 37-39 к приказу МЗ РФ №1130 от 20.10.2020 г.

75. В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 3-6 часов в сутки.

VIII. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

76. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним девочкам и подросткам с гинекологическими заболеваниями (в возрасте до 17 лет включительно) (далее – несовершеннолетние) с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной (первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи; первичной специализированной медико-санитарной помощи), специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь при гинекологических заболеваниях у несовершеннолетних оказывается в малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в медицинских организациях: детской поликлинике, женской консультации (по решению органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья осуществляется дифференциация оказания гинекологической помощи несовершеннолетним по возрасту: до четырнадцати лет включительно – в детской поликлинике, от 15 лет до 17 лет включительно – в женской консультации), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Правила организации деятельности кабинета врача-акушер-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 40–42 к приказу МЗ РФ № 1130 от 20.10.2020 г.

77. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним включает:

- профилактику нарушений формирования репродуктивной системы

и заболеваний половых органов;

- раннее выявление, лечение, в том числе неотложное, и проведение медицинских реабилитационных мероприятий при выявлении гинекологического заболевания;

- персонифицированное консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска и первичной профилактики заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики аборт и выбора контрацепции;

- санитарно-гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории медицинской организации, с учетом возрастных психологических особенностей и направленное на ознакомление с нормальной физиологией полового созревания, с основными проявлениями гинекологических заболеваний, нарушений полового развития и патологии молочных желез, требующих обращения к врачу акушеру-гинекологу, на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

78. Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая санаторно-курортное лечение.

79. Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом-акушером-гинекологом, а в случае его отсутствия – врачом-педиатром или другим врачом-специалистом.

Несовершеннолетним, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами, врачами-педиатрами или другими врачами-специалистами в составе выездных бригад.

Врачи-специалисты, оказывающие медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, должны направляться на обучение для повышения квалификации по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей не реже 1 раза в 5 лет.

Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи является проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в возрасте 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез.

80. При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних декретируемых возрастов после получения ИДС

врач-акушер-гинеколог или иной врач-специалист осуществляет выяснение жалоб, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценку степени полового развития, осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития. При профилактическом осмотре несовершеннолетних в возрасте 17 лет при наличии условий проводится взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка шейки матки.

81. По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы здоровья:

I группа здоровья – здоровые девочки, не имеющие врожденной патологии функциональных и морфофункциональных нарушений органов репродуктивной системы;

II группа здоровья – девочки, имеющие в настоящее время или в течение 6 месяцев, предшествующих профилактическому осмотру:

острую травму половых органов и молочных желез, сращения малых половых губ, полип гимена, гемангиома, киста вульвы/влагалища, гипертрофию малых половых губ, острые неосложненные воспаления вульвы и(или) влагалища и внутренних половых органов, расстройства менструаций, фолликулярная или желтого тела киста яичника, нелактационный серозно-инфильтративный или гнойный мастит;

хирургическое вмешательство на органах репродуктивной системы, при сохранности их функции;

III группа здоровья – девочки:

- с хроническими заболеваниями (состояниями) органов репродуктивной системы в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями;
- с хроническими рецидивирующими, доброкачественными невоспалительными (склерозирующий лишай, атопический вульвит) и воспалительными заболеваниями наружных половых органов;
- с расстройством менструаций, дисменореей в течение 6 месяцев и более;
- с доброкачественной опухолью матки и ее придатков;
- с доброкачественными заболеваниями молочных желез;
- с преждевременным половым развитием (в возрасте до семи лет включительно);
- с задержкой полового развития (отсутствие роста молочных желез в возрасте старше тринадцати лет, отсутствие менархе в возрасте старше пятнадцати лет);
- с аномалиями (пороками) развития внутренних половых органов;
- при сочетании указанных болезней с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации;

IV группа здоровья – девочки:

- с хроническими гинекологическими заболеваниями (состояниями)

в активной стадии или с частыми обострениями, с полной или частичной компенсацией функций органов репродуктивной системы;

- с хроническими гинекологическими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, требующими назначения поддерживающего лечения, в том числе с генитальным эндометриозом, с синдромом поликистозных яичников, с задержкой полового развития при хромосомных болезнях и ХУ-реверсии пола;

- с последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов репродуктивной системы, повлекшими ограничения возможности обучения и труда по причине торпидного течения, частых обострений, локальных и (или) системных осложнений, сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии в стадии неполной компенсации;

V группа здоровья – девочки:

- страдающие тяжелыми хроническими экстрагенитальными заболеваниями (состояниями) с редкими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с сопутствующими гинекологическими заболеваниями и (или) выраженной декомпенсацией функций органов репродуктивной системы;

- с дефицитом гормонов репродуктивной системы после лечения онкологического заболевания, повлекшего невозможность обучения и труда.

Девочки из I и II группы здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом-акушером-гинекологом или другим медицинским работником.

Девочкам, отнесенным к III, IV, V группам здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;

3 диспансерная группа – девочки с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии.

В возрастные периоды, не предполагающие проведение профилактических осмотров, несовершеннолетние направляются к врачу-акушеру-гинекологу, врачу-педиатру, врачу общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта при наличии следующих показаний:

- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации кожи наружных половых органов и влагалища;

- сращение малых половых губ;

- папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;

- выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;
- кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;
- травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;
- патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте;
- боль в животе в любом возрасте;
- изменение формы и величины живота в любом возрасте;
- увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до восьми лет;
- ускоренное физическое и половое развитие в возрасте до восьми лет;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте тринадцати лет и старше;
- перерыв в менструациях более чем на 48 дней в пубертатном периоде (с менархе до семнадцати лет включительно);
- отсутствие менструации в возрасте пятнадцати лет и старше;
- указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;
- наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;
- нарушение строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте, свищи с вовлечением женских половых органов;
- аплазия, гипоплазия, гипермастия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, доброкачественная дисплазия молочных желез и узловые образования молочных желез, мастит в пубертатном периоде;
- отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от восьми до семнадцати лет включительно) более чем на 10%;
- повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;
- задержка физического развития в любом возрасте;
- низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания;
- высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового

созревания;

- состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;

- реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

- указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии

и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

- начало сексуальных отношений;

- необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;

- необходимость консультирования девочки (ее законного представителя) по вопросам вакцинирования против ВПЧ;

- необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ, вирусом гепатита В и С;

- необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта.

82. Медицинские вмешательства проводятся после получения ИДС несовершеннолетних в возрасте пятнадцати лет и старше или больных наркоманией в возрасте шестнадцати лет и старше, а при необходимости обследования и лечения девочек, не достигших указанного возраста, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, если они по своему состоянию не способны дать ИДС, – при наличии ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

83. При выявлении беременности любого срока у несовершеннолетней в возрасте до восемнадцати лет вопрос о пролонгировании или прерывании беременности решается врачом-акушером-гинекологом (при необходимости – врачебным консилиумом) медицинской организации, оказывающей помощь женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде в соответствии с разделами I-VI настоящего приказа.

Наблюдение за течением беременности у несовершеннолетней осуществляется врачом-акушером-гинекологом медицинской организации, оказывающей помощь женщинам во время беременности, в родах и в послеродовом периоде в соответствии с разделами I-VI настоящего приказа.

Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в соответствии с разделом IX настоящего приказа.

84. Экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с острыми гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования

вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» или «детской хирургии», («хирургии»), имеющих стационар круглосуточного пребывания с отделением анестезиологии-реаниматологии, врачами-акушерами-гинекологами, врачами-детскими хирургами (врачами-хирургами). При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренной операции врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами необходимо согласовывать с врачом-акушером-гинекологом, в том числе, при необходимости – с использованием дистанционного консультирования и (или) телемедицинских технологий.

85. Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет девочку с гинекологической патологией в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, имеющей гинекологические койки для несовершеннолетних и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» (для консервативного лечения) и или «детской хирургии», «хирургии» (для хирургического лечения).

86. Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

IX. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

87. Медицинская помощь женщинам при искусственном прерывании беременности оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)».

88. Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в амбулаторных условиях, условиях дневного или круглосуточного стационара.

При искусственном прерывании беременности в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в случае возникновения медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, пациентка эвакуируется

в медицинские организации соответствующего профиля и группы (уровня) для дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

89. Оказание медицинской помощи при искусственном прерывании беременности проводится на основе ИДС по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2016 г. № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный № 42006).

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

90. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи.

Обследование женщин проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)».

91. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия – к врачу общей практики (семейному врачу), медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерских здравпунктов.

92. При первичном обращении женщины с целью искусственного прерывания беременности врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия – врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерских здравпунктов направляет беременную на основе ИДС в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию.

93. Правила организации деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной

жизненной ситуации, определены в приложениях №43-45 к приказу МЗ РФ №1130 от 20.10.2020 г.

94. Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности производит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности.

При наличии противопоказаний (заболеваний, состояний, при которых прерывание беременности или наносит серьезный ущерб здоровью женщины или представляет угрозу для ее жизни) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей с учетом срока беременности и места прерывания беременности.

95. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

– не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности четвертая – седьмая неделя, при сроке беременности одиннадцатая – двенадцатая неделя, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

– не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая – десятая неделя беременности.¹

96. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основе ИДС женщины.

97. Для прерывания беременности сроком до двенадцати недель могут использоваться как хирургический, так и медикаментозный методы.

Прерывание беременности в сроки, предусмотренные клиническими рекомендациями медикаментозным методом, проводится врачом-акушером-гинекологом в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5 – 2 часов после приема препаратов. При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

Прерывание беременности в сроке до двенадцати недель хирургическим методом проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях дневных и круглосуточных стационаров медицинских организаций. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины и составляет 3-4 часа.

Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати

недель у женщин с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний производится врачом-акушером-гинекологом в условиях круглосуточного стационара.

98. Для прерывания беременности сроком более двенадцати недель рекомендуется как медикаментозный, так и хирургический методы.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности) и/или в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара.

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям при сроке беременности более 22 недель проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела. При проведении фетотида допустимо прерывание беременности сроком более 22 недель в гинекологическом отделении.

99. Основанием для искусственного прерывания беременности по социальному показанию в сроке беременности более 12 недель является документ, подтверждающий наличие социального показания для искусственного прерывания беременности.

100. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2007 г., регистрационный № 10807), формируется врачебная комиссия с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля третьей группы (уровня) (в том числе - дистанционно) в составе врача-акушера-гинеколога, врача-специалиста по профилю основного заболевания (состояния) беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации (далее – Комиссия).

Персональный состав Комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации.

Заключение Комиссии о наличии у беременной женщины заболевания (состояния), являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, оформляется письменно и заверяется подписями членов Комиссии.

101. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе ИДС женщины.

102. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания беременности проводится иммунизация иммуноглобулином человека антирезус Rho (D) человека в соответствии с инструкцией к медицинскому применению препарата.

103. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого пациентка информируется о признаках возможных осложнений, при появлении которых, ей следует незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, возможной реабилитации, а также по вопросам профилактики аборт и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

104. После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врача-акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 9–15 дней.

Правила организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода (далее - Кабинет, Отделение).

2. Кабинет создается в подведомственных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», в составе подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (как правило - женские консультации второй группы, консультативно-диагностические отделения (центры, поликлиники) третьей группы). Определение медицинской организации осуществляется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья с учетом маршрутизации пациентов.

3. Руководство деятельностью Кабинета осуществляет руководитель подразделения медицинской организации, в составе которого он создан.

4. Решение об организации Отделения антенатальной охраны плода принимается руководителем медицинской организации третьей группы, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 6 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом МЗ РФ № 1130 от 20.10.2020 г.

На должность заведующего отделением антенатальной охраны плода назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 23 октября 2015 г., регистрационный № 39438), с изменениями, внесенными приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2017 г. № 328н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2017 г., регистрационный № 47273)(далее – Квалификационные требования), по специальности «акушерство и гинекология» или «ультразвуковая диагностика», а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247).

5. На должность врачей Кабинета (отделения) назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям по соответствующим специальностям, а также Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н, прошедшие повышение квалификации по дородовой диагностике нарушений развития плода

6. Штатная численность Кабинета (отделения) устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой он создан, с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 3 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом МЗ РФ №1130 от 20.10.2020 г.

7. Оснащение Кабинета осуществляется в соответствии со стандартом оснащения согласно приложению № 4 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному настоящим приказом МЗ РФ № 1130 от 20.10.2020 г.

8. Основной задачей Кабинета является реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по профилактике перинатальных осложнений (задержка внутриутробного роста плода, преждевременные роды, внутриутробные пороки развития (далее – ВПР) и хромосомные аномалии (далее – ХА) у плода, а также других осложнений беременности (преэклампсия, задержка внутриутробного роста плода, преждевременные роды).

9. Основными функциями Кабинета при медицинской организации акушерского профиля второй группы являются:

9.1 проведение ультразвукового исследования (далее – УЗИ), определения росто-весовых показателей и уровня артериального давления в сроки 11-14 недель и 19-21 неделя у беременных женщин прикрепленных территорий в соответствии с листом маршрутизации в целях выявления нарушений развития плода, ВПР и ХА плода, а также риска других

осложнений беременности (преэклампсия, задержка внутриутробного роста плода, преждевременные роды);

9.2 организация забора образцов крови у беременных женщин в сроки 11-14 недель для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (далее – св. β -ХГЧ);

9.3 направление образцов крови и результатов УЗИ, внесенных в талон - направление, в Кабинет (Отделение) при медицинской организации акушерского профиля третьей группы для биохимического исследования;

9.4 проведение электронной регистрации беременных женщин, прошедших скрининговое обследование, с занесением сведений о проведенных исследованиях и их результатах в программное обеспечение пренатального скрининга;

9.5 прием и учет заключений – протоколов расчета рисков из Кабинета (отделения) при медицинской организации акушерского профиля третьей группы, а также передачу их в женские консультации;

9.6 ведение медицинской документации и представление первичных данных и отчетности для информационных систем в сфере здравоохранения в установленном порядке;

9.7 методическая работа с врачами женских консультаций по вопросам организации антенатальной охраны плода.

10. Основными функциями Кабинета (Отделения) при медицинской организации акушерского профиля третьей группы являются:

10.1 биохимическое исследование уровня материнских сывороточных маркеров (РАРР-А, св. β -ХГЧ) в образцах крови, направленных из Кабинета при медицинской организации акушерского профиля второй группы;

10.2 проведение селективного пренатального УЗИ в 11-14 и 19-21 недели беременности из группы высокого риска ХА и при ВПР, выявленных в Кабинете (Отделении) при медицинской организации акушерского профиля второй группы с выдачей протоколов УЗИ и архивированием снимков;

10.3 программный комплексный расчет и перерасчет риска рождения ребенка с хромосомной патологией, рисков задержки внутриутробного роста плода, преждевременных родов, преэклампсии;

10.4 инвазивный забор образца плодного материала у беременных с высоким риском рождения ребенка с ХА или ВПР, и его направление в медико-генетическую консультацию для проведения уточняющей пренатальной диагностики (генетического исследования и заключения генетика);

10.5 организация консилиума врачей по определению дальнейшей тактики ведения беременности, маршрутизации беременной и новорожденного на основании результатов антенатального обследования и заключения генетика;

10.6 организация телемедицинских консультаций с федеральными диагностическими консультативными центрами при выявленных ВПР (сердца и других органов) для определения дальнейшей тактики;

10.7 анализ результатов эффективности антенатальной охраны плода в части своевременного выявления нарушений развития плода (ХА, ВПР, задержка внутриутробного роста плода), преждевременные роды, преэклампсия.

**ФОРМА
ПРОТОКОЛА СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН В 11-14 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ**

Номер исследования	Дата исследования
ФИО беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности нед _____ дней _____
Вид исследования - трансабдоминальный/транвагинальный (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Хориальность/ амниальность при многоплодии (указать)	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ (указать) отсутствует (подчеркнуть)	
Фетометрия (мм), соответствует сроку беременности:	
Копчико-теменной размер (КТР) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Бипариетальный диаметр (БПР) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Окружность головы (ОГ) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Другие фетометрические показатели (по показаниям)	
Толщина воротникового пространства (ТВП) _____ мм	
Оценка дополнительных УЗ-маркеров ХА**	
Носовая кость (НК): визуализируется, не визуализируется, не удалось оценить (подчеркнуть)	
Трикуспидальная регургитация: да, нет (подчеркнуть)	
Пульсационный индекс в венозном протоке (ПИ) (указать) _____	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения*, не удалось оценить)	
Голова: - череп - срединные структуры - сосудистые сплетения	Живот: - желудок - кишечник - передняя брюшная стенка - мочевого пузыря
Лицо: - глазницы ** - профиль	Позвоночник:
Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: Не обнаружено (подчеркнуть) обнаружено (описать):	

Особенности строения плода: (указать)
Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть), др. (указать) _____
Пуповина: количество сосудов (указать**) _____
Место прикрепления к плаценте: центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть (подчеркнуть)
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения*)
Шейка матки (цервикометрия) _____ (мм) ПИ в маточных артериях _____ слева _____ справа
Визуализация:
- удовлетворительная (подчеркнуть) / затруднена в связи с (указать причину): _____
Заключение:
Беременность _____ нед _____ дней
Рекомендации:
ФИО врача УЗД:

Примечание:

При выявлении изменений требуется подробное описание

Оценка не является обязательной

Талон-направление на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки внутриутробного роста плода, преждевременных родов, преэклампсии

Данные о пациентке

(заполняются по месту наблюдения беременной) | штрих-код |

ФИО беременной: _____		
Дата рождения: _____	Номер карты беременной: _____	
Адрес проживания: Улица: _____	Дом: _____	Квартира: _____
Район: _____	Нас. пункт: _____	
Телефон: _____	Профессия: _____	
Город: _____	Номер Ж/К: _____	
ФИО врача _____	Конт. тел.: _____	

АНАМНЕЗ: Первый день последней менструации _____ Количество родов _____

Количество беременностей (сроком более 24 нед.) _____

Количество родов в сроки 16-30 недель _____

Количество родов в сроки 31-36 недель _____

Количество родов после 37 недель _____

Этническая группа: белая; черная; азиатка; Восточная Азия; другое (подчеркнуть)

Курение: да; нет (подчеркнуть) Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть)

Сахарный диабет: нет, 1 тип, 2 тип (подчеркнуть)

Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)

Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)

Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)

Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих):

да; нет (подчеркнуть)

Гипотрофия новорожденного при предыдущей беременности (для повторнородящих):

да; нет (подчеркнуть)

Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет (подчеркнуть)

Зачатие: естественное; ЭКО; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)

Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации _____ лет;

донорская яйцеклетка: возраст донора _____ лет;

донорский эмбрион: возраст донора _____ лет;
Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка: трисомия 21; трисомия 18; трисомия 13 (подчеркнуть)

Данные об обследовании
(заполняются в КАОП 2-й группы)

Адрес КАОП _____
УЗИ: Дата _____
Врач УЗД (ФИО) _____ ID _____

Вес (кг) _____ Рост (см) _____
Артериальное давление: правая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм ртст
левая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм ртст

Количество плодов: _____ Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная (подчеркнуть)
КТР (мм) плод 1 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР): _____
КТР (мм) плод 2 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР): _____
КТР (мм) плод 3 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР): _____
Биохимический скрининг: Дата взятия крови: _____ Место для наклейки штрих-кода
ФИО и подпись медсестры ОК ПД: _____ Штамп КАОП М.П. врача КОАП
Примечание: Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска ХА, ЗРП, ПР, ПЭ и статического учета случаев

ФОРМА ПРОТОКОЛА СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 19-21 НЕДЕЛЬ

Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности _____ нед _____ дней
Срок беременности по скрининговому УЗИ в I триместре _____ нед _____ дней (при несоответствии гестационному сроку)	
Вид исследования (трансобломинальный трансвагинальный) (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) ____ ритмичное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) _____	
Фетометрия (оценить в мм с указанием соответствия процентильным значениям при отклонении)	
Бипариетальный размер (БПР) _____ мм ()	Окружность живота (ОЖ) _____ мм ()
Окружность головы (ОГ) _____ мм ()	Длина бедра (ДБ) _____ мм ()
Длина других костей* ** _____	
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть)	
Предполагаемая масса плода _____ грамм (указать процентиль для данного срока _____)	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения *, не удалось оценить)	
<p>Голова:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кости свода черепа - полость прозрачной перегородки - срединные структуры <p>- задние рога боковых желудочков: справа _____ мм, слева _____ мм</p> <p>- мозжечок _____ мм, (указать процентиль для данного срока _____)</p> <p>- большая цистерна _____ мм</p> <p>Лицо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - губы - профиль - глазницы - нос, ноздри <p>Шея:</p>	<p>Расположение внутренних органов (подчеркнуть)</p> <p>Нормальное (situs solitus), Зеркальное (situs inversus), Неопределенное (situs ambiguous)</p> <p>Сердце:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез - срез через 3 сосуда и трахею - левый выносящий тракт ** - правый выносящий тракт ** <p>Брюшная полость</p> <ul style="list-style-type: none"> - желудок - кишечник - почки - мочевого пузыря - область пупочного <p>кольца</p>
Позвоночник:	Конечности:
Грудная клетка:	- правая и левая рука (включая кисти)
	- правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: Не обнаружено (подчеркнуть) Обнаружено (описать): _____	

**Ведение беременности при физиологическом течении беременности
в Республике Тыва**

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Физикальное обследование			
Оценка жалоб и общего состояния	При 1-м и каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Сбор анамнеза	Однократно при 1-м визите	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно в случае 1-го визита во 3-м триместре
Опрос на предмет характера шевелений плода	-	При каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущений плода)	При каждом визите
Оценка риска ТЭО	Однократно при 1-м визите	Однократно	Однократно
Отнесение к группе риска акушерских и перинатальных осложнений	Однократно при 1-м визите	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно в случае 1-го визита во 3-м триместре
Определение срока беременности и родов	При 1-м визите по дате последней менструации	При 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	При 1-м визите в случае 1-го визита во 3-м триместре
Измерение ИМТ	При 1-м визите	-	-
Измерение прибавки массы тела (еженедельная)	-	При каждом визите	При каждом визите
Измерение АД	При каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Обследование молочных желез	Однократно при 1-м визите	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно в случае 1-го визита во 3-м триместре
Гинекологический осмотр	Однократно при 1-м визите	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триместре и по показаниям	Однократно в случае 1-го визита во 3-м триместре и по показаниям
Измерение ОЖ, ВДМ, и ведение гравидограммы	-	При каждом визите после 20 недель	При каждом визите
Определение положения и предлежащей части плода	-	-	При каждом визите после 34-36 недель
Определение ЧСС	-	При каждом визите	При каждом визите

плода с помощью стетоскопа или фетального доплера		после 20 недель	
Лабораторная диагностика			
Направление на исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ-1/2 и антигена р24 в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-м триместре	Однократно
Направление на определение антител к поверхностному антигену (HbsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-м триместре	Однократно
Направление на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-м триместре	Однократно
Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови	Однократно при 1 визите	Однократно в 18-20 недель	Однократно
Направление на определение антител класса М и G к вирусу краснухи в крови	Однократно при 1 визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	-
Направление на определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала	Однократно при 1-м визите	-	Однократно в 35-37 недель
Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно
Направление на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно при 1-м визите в 3-триместре
Направление на определение основных групп крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно при 1-м визите в 3-триместре

по системе АВО и антигена D системы Резус (резус-фактор)			
Направление на определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин	При 1-м визите	В 18-20 недель	В 28 недель
Направление на проведение общего (клинического) анализа крови	Однократно при 1-м визите и далее ежемесячно	Ежемесячно	Ежемесячно
Направление на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно
Направление на определение нарушение углеводного обмена (определение уровня глюкозы или гликированного гемоглобина в венозной крови) натощак	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре и в 24-26 недель	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре
Направление на проведение ПГТТ	Однократно при 1-м визите в группе высокого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре в группе высокого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена, или в 24-28 недель в группе низкого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре
Направление на проведение коагулограммы	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре и в 36 недель
Направление на исследование уровня ТТГ	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре
Направление на проведение общего	При каждом визите	При каждом визите	При каждом визите

(клинического) анализа мочи			
При отсутствии результата ОАМ, проведение определения белка в моче с помощью специальных индикаторных полосок	-	При каждом визите после 22 недель (при отсутствии результат ОАМ)	При каждом визите после 22 недель (при отсутствии результат ОАМ)
Направление на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре
Направление на пренатальный биохимический скрининг	В 11-13,6 недель: PAPP-A и b-субъединица ХГ	-	-
Инструментальная диагностика			
Проведение пельвиометрии	-	-	Однократно
Направление на УЗИ плода	В 11-13,6 недель (в составе скрининга 1-го триместра)	В 18-20,6 недель (УЗ-скрининг 2-го триместра)	В 30-34 недели в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений и при несоответствии ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме
Направление на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия)	-	С 15 недель до 24 недель в группе высокого риска позднего выкидыша и ПР 1 раз в 1-2 недели	-
Направление на УЗ-доплерографию маточно-плацентарного	-	В 18-20,6 недель в группе высокого риска акушерских и перинатальных	В 30-34 недели в группе высокого риска акушерских и перинатальных

кровотока		осложнений	осложнений
Направление на КТГ плода	-	-	С 33 недель кратностью 1 раз в 2 недели
Консультации смежных специалистов			
Направление на консультацию врача-терапевта	Однократно пр 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно
Направление на консультацию врача-стоматолога	Однократно пр 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно
Направление на консультацию врача-офтальмолога	Однократно пр 1-м визите	Однократно при 1-м визите во 2-триместре	Однократно при 1-м визите в 3-триместре
Направление на консультацию врача-генетика	Однократно при 1-м визите в группе риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией и/или по результатам скрининга 1-го триместра (при высоком риске анеуплодии плода), и/или по результатам УЗИ 1-го триместра (при выявлении пороков развития), и/или по результатам НИПС (при высоком риске анеуплодии плода)	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре в группе риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией и/или по результатам скрининга 1-го триместра (при высоком риске анеуплодии плода), и/или по результатам УЗИ 1-го триместра (при выявлении пороков развития), и/или по результатам НИПС (при высоком риске анеуплодии плода)	-

Приложение № 8
к приказу Минздрава РТ
от 30.12.2020
№ 1610пр/20

**Порядок проведения комплексной пренатальной диагностики беременных по
Республике Тыва**


Наименование исследования	Наименование ЛПУ	Прикрепленное ЛПУ
Направление на УЗ-скрининг в 1-м триместре в 11-13,6 недель (с дальнейшим взятием материала пренатального биохимического скрининга и транспортировкой)	ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ»	ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Годжинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»
	ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»
	ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ»	ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»
	ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»
Направление на пренатальный биохимический скрининг: В 11-13,6 недель: PAPP-A и b-субъединица ХГ	ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ»	ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ» ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ» ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»
Направление на УЗ-скрининг 2-го триместра в 18-20,6 недель	ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ»	Все ММЦ и ЦКБ по предварительной записи
Направление на УЗ-скрининг в 3-м триместре в 30-34 недель	ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ»	ГБУЗ РТ «Кызылская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Годжинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»
	ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»	ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская

		ЦКБ»
	ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ»	ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ» ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ»
	ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»	ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ»

Лист согласования к документу № 1610пр/20 от 30.12.2020
Инициатор согласования: Ооржак Д.Э. Главный специалист
Согласование инициировано: 30.12.2020 07:57

Лист согласования

Тип согласования: **последовательное**

№	ФИО	Срок согласования	Результат согласования	Замечания
1	Ландык Л.Д.		Перенаправлено 15.01.2021 - 10:37	-
Перенаправление(последовательное) Прошу заново проверить исправление замечаний.				
	Ховалыг М.Т.		Согласовано 15.01.2021 - 14:48	-
1.1	Ландык Л.Д.		Согласовано 18.01.2021 - 15:31	-
2	Сат А.М.		 Подписано 18.01.2021 - 16:45	-