

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Приказ

« 11 » 11 2013 г. № 248

г. Грозный

«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования репродуктивных технологий)» в Чеченской Республике»

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (далее - Порядок), в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в медицинских организациях Чеченской Республики приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Перечень медицинских организаций Чеченской Республики, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, с распределением акушерских стационаров на группы согласно приложению №1 к настоящему приказу.

1.2. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в Чеченской Республике (далее - Порядок) согласно приложению №2 к настоящему приказу;

1.3. Показания для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары соответствующего уровня (далее Показания для госпитализации) согласно приложению №3.

1.4. Лист маршрутизации беременных женщин (далее – Лист маршрутизации) согласно приложению №4 к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций Чеченской Республики:

2.1. Организовать оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период в соответствии с Порядком и Листом маршрутизации;

2.2. Привести в соответствие с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) штатное расписание и материально-техническое оснащение акушерских стационаров.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

Ш.С. Ахмадов

Приложение 1
к приказу Министерства здравоохранения
Чеченской Республики
от 11.11 2013г. № 248

**Перечень
медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую
помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период.
Распределение акушерских стационаров по группам**

Амбулаторно-поликлиническая помощь

№	МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	
	г. Грозный	
1	Женская консультация ГБУ "Поликлиника №1г.Грозный"	женская консультация
2	Женская консультация ГБУ "Поликлиника №2г.Грозный"	женская консультация
3	Женская консультация ГБУ "Поликлиника №3г.Грозный"	женская консультация
4	Женская консультация ГБУ "Поликлиника №4г.Грозный"	женская консультация
5	Женская консультация ГБУ "Поликлиника №5г.Грозный"	женская консультация
6	Женская консультация ГБУ "Поликлиника №6г.Грозный"	женская консультация
7	ГБУ "Поликлиника №7г.Грозный"	женская консультация
8	ГБУ "Поликлиника №8г.Грозный"	женская консультация
9	Женская консультация ГБУ "Клиническая больница №3 г.Грозный"	женская консультация
10	Женская консультация ГБУ "Клиническая больница №4 г.Грозный"	женская консультация
11	Женская консультация ГБУ "Больница №5 г.Грозный"	женская консультация
12	Женская консультация ГБУ "Больница №6 г.Грозный"	женская консультация
13	Женская консультация ГБУ "Больница №7 г.Грозный"	женская консультация
14	Женская консультация ГБУ "Клиническая больница №10 г.Грозный"	женская консультация
15	Женская консультация ГБУ "Родильный дом №2 г.Грозный"	женская консультация

г. Аргун		
16	ГБУ "Аргунска горбольница №1"	женская консультация
Ачхой-Мартановский район		
17	ГБУ "Ачхой-Мартановская ЦРБ"	женская консультация
18	ВА село Валерик	кабинет врача акушера-гинеколога
19	ФАП село Давыденко	кабинет врача акушера-гинеколога
20	ВА село Закан-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
21	ВА село Катар-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
22	ФАП село Новый Шарой	кабинет врача акушера-гинеколога
23	УБ село Самашки	2-кабинета врача акушера-гинеколога
24	ВА село Хамби-Ирзе	кабинет врача акушера-гинеколога
25	ВА село Шаами-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
26	ВА село Янди	кабинет врача акушера-гинеколога
Веденский район		
27	ГБУ "Веденская ЦРБ"	2-кабинета врача акушера-гинеколога
28	УБ село Дарго	кабинет врача акушера-гинеколога
29	УБ село Махкеты	кабинет врача акушера-гинеколога
30	ВА село Тевзана	кабинет врача акушера-гинеколога
31	ВА село Хатуни	кабинет врача акушера-гинеколога
32	ВА село Элистанжи	кабинет врача акушера-гинеколога
Грозненский район		
33	ГБУ "Грозненская ЦРБ"	3- кабинета врача акушера-гинеколога
34	УБ село Алхан-Кала	кабинет врача акушера-гинеколога
35	УБ село Гикало	кабинет врача акушера-гинеколога
36	ВА село Горячеисточненское	кабинет врача акушера-гинеколога
37	ФАП станица Ильиновская	кабинет врача акушера-гинеколога
38	ВА село Комсомольское	кабинет врача акушера-гинеколога
39	ФАП село Кулары	кабинет врача акушера-гинеколога
40	УБ станица Первомайская	кабинет врача акушера-гинеколога
41	ВА станица Петропавловская	кабинет врача акушера-гинеколога
42	УБ село Побединское	кабинет врача акушера-гинеколога

43	ВА поселок Долинский	кабинет врача акушера-гинеколога
44	УБ село Правобережное	кабинет врача акушера-гинеколога
45	ВА село Пригородное	кабинет врача акушера-гинеколога
46	УБ село Старые Атаги	кабинет врача акушера-гинеколога
47	ГБУ "Старо-Юртовская РБ"	кабинет врача акушера-гинеколога
48	ВА село Чечен-Аул	кабинет врача акушера-гинеколога
Гудермесский район		
49	ГБУ "Гудермесская ЦРБ"	женская консультация
50	ВА поселок Джалка	кабинет врача акушера-гинеколога
51	ВА село Кошкельды	кабинет врача акушера-гинеколога
52	УБ поселок Ойсхара	3-кабинета врача акушера-гинеколога
53	ВА село Энгель-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
Итум-Калинский район		
54	ГБУ "Итум-Калинская ЦРБ"	кабинет врача акушера-гинеколога
Курчалоевский район		
55	ГБУ "Курчалоевская ЦРБ"	женская консультация
56	УБ село Аллерой	кабинет врача акушера-гинеколога
57	ВА село Бачи-Юрт	2-кабинета врача акушера-гинеколога
58	ВА село Гелдаган	кабинет врача акушера-гинеколога
59	ВА село Майртуп	кабинет врача акушера-гинеколога
60	ВА село Центорой	кабинет врача акушера-гинеколога
61	ВА село Цоцин-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
62	ФАП село Ялхой-Мохк	кабинет врача акушера-гинеколога
Надтеречный район		
63	ГБУ "Надтеречная ЦРБ"	женская консультация
64	УБ село Бено-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
65	ВА село Братское	кабинет врача акушера-гинеколога
66	ГБУ "Гвардейская РБ"	женская консультация
67	ГБУ "Горагорская РБ"	женская консультация
68	ГБУ "Знаменская РБ"	женская консультация

Наурский район		
69	ГБУ "Наурская ЦРБ"	3-кабинета врача акушера-гинеколога
70	ВА село Алпатово	кабинет врача акушера-гинеколога
71	ВА станица Ищерская	кабинет врача акушера-гинеколога
72	ВА станица Калиновская	кабинет врача акушера-гинеколога
73	ФАП село Левобережное	кабинет врача акушера-гинеколога
74	ФАП село Юбилейное	кабинет врача акушера-гинеколога
75	ВА станица Мекенская	кабинет врача акушера-гинеколога
76	ВА станица Николаевская	кабинет врача акушера-гинеколога
77	ВА село Новое Солкушино	кабинет врача акушера-гинеколога
78	ВА село Новотерское	кабинет врача акушера-гинеколога
79	ВА село Рубежное	кабинет врача акушера-гинеколога
80	ВА станица Савельевская	кабинет врача акушера-гинеколога
81	ФАП село Ульяновское	кабинет врача акушера-гинеколога
82	ФАП село Чернокозово	кабинет врача акушера-гинеколога
Ножай-Юртовский район		
83	ГБУ "Ножай-Юртовская ЦРБ"	женская консультация
84	УБ село Беной	кабинет врача акушера-гинеколога
85	ВА село Галайты	кабинет врача акушера-гинеколога
86	УБ село Зандак	кабинет врача акушера-гинеколога
87	ВА село Мескеты	кабинет врача акушера-гинеколога
88	УБ село Саясан	кабинет врача акушера-гинеколога
Сунженский район		
89	ГБУ "Сунженская ЦРБ"	кабинет врача акушера-гинеколога
90	УБ станица Ассиновская	кабинет врача акушера-гинеколога
Урус-Мартановский район		
91	ГБУ "Урус-Мартановская ЦРБ"	женская консультация
92	УБ село Алхан-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
93	УБ село Гехи	кабинет врача акушера-гинеколога
94	УБ село Гойты	кабинет врача акушера-гинеколога
95	ВА село Гой-Чу	кабинет врача акушера-гинеколога

Шалинский район		
96	ГБУ "Шалинская ЦРБ"	женская консультация
97	ВА село Автуры	кабинет врача акушера-гинеколога
98	ФАП село Агишты	кабинет врача акушера-гинеколога
99	ВА село Белгатой	кабинет врача акушера-гинеколога
100	ВА село Герменчук	кабинет врача акушера-гинеколога
101	ВА село Дуба-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
102	ВА село Мескер-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
103	ВА село Новые Атаги	кабинет врача акушера-гинеколога
104	ВА село Сержень-Юрт	кабинет врача акушера-гинеколога
105	ГБУ "Чири-Юртовская МСЧ"	кабинет врача акушера-гинеколога
Шаройский район		
106	ГБУ "Шаройская райбольница"	женская консультация
Шатоевский район		
107	ГБУ "Шатойская ЦРБ"	2-кабинета врача акушера-гинеколога
Шелковский район		
108	ГБУ "Шелковская ЦРБ"	кабинет врача акушера-гинеколога
109	ВА станица Гребенская	кабинет врача акушера-гинеколога
110	ВА станица Каргалинская	кабинет врача акушера-гинеколога
111	ВА станица Червленая	кабинет врача акушера-гинеколога

Стационарная медицинская помощь

Первая группа медицинских организаций оказывает первичную медико-санитарную помощь беременным "низкой степени риска" материнской и перинатальной заболеваемости, смертности и осложнений в родах

1	ГБУ "Ачхой-Мартановская ЦРБ"	родильное отделение
2	ГБУ "Веденская ЦРБ"	родильное отделение
3	УБ с.Махкеты	родильное отделение
4	ГБУ "Курчалоевская ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение
5	ГБУ "Надтеречная ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение
6	ГБУ "Гвардейская РБ"	родильное отделение
7	ГБУ "Наурская ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение
8	ГБУ "Ножай-Юртовская ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение
9	УБ село Беной	родильное отделение
10	ГБУ "Сунженская ЦРБ"	родильное отделение

11	ГБУ "Шатойская ЦРБ"	родильное отделение
12	ГБУ "Шелковская ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение
13	ГБУ "Аргунская горбольница №1"	родильное отделение

Вторая группа медицинских организаций оказывает медицинскую помощь беременным женщинам "средней степени риска" - акушерские отделения и стационары с круглосуточными дежурствами акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога и имеющие в своем составе палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных.

1	ГБУ "Родильный дом №2 г.Грозный"	отделение патологии беременности, родильное отделение
2	ГБУ "Клиническая больница №4 г.Грозный"	отделение патологии беременности, родильное отделение
3	ГБУ "Гудермесская ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение
4	ГБУ "Урус-Мартановская ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение
5	ГБУ "Шалинская ЦРБ"	отделение патологии беременности, родильное отделение

Третья группа медицинских организаций оказывает медицинскую помощь беременным женщинам "высокой степени риска"- акушерские стационары имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания)

1	ГБУ "Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой"	отделение патологии беременности, родильное отделение
---	---	--

Скорая медицинская помощь

1	ГБУ "Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой"	Акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами
2	ГБУ «Станция скорой медицинской помощи»	Линейные бригады скорой медицинской помощи
3	ГБУ «Республиканская клиническая больница имени Ш.Ш. Эпендиева»	Санитарно-авиационная служба

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в Чеченской Республике

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в Чеченской Республике.

2. Действие Порядка распространяется на организации здравоохранения Чеченской Республики, оказывающие акушерскую и гинекологическую медицинскую помощь.

I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

1. Медицинская помощь женщинам в период беременности на территории Чеченской Республики оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии».

2. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

- амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия, при физиологически протекающей беременности – врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

- стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях) или специализированных отделениях (при соматических заболеваниях) медицинских организаций.

3. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с настоящим Порядком с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз;
- врачом-терапевтом – не менее двух раз;
- врачом-стоматологом – не менее двух раз;
- врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

-другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Скрининговое ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделю и 30-34 недели.

При сроке беременности 11-14 недель беременной женщине проводится ультразвуковое исследование на аппарате экспертного класса с набором датчиков для внутриутробной диагностики нарушений развития ребенка с функциями цветового доплеровского картирования и объемной реконструкцией изображения в режиме 3-4 D и с компьютерной программой для обработки данных, врачом-специалистом, прошедшими специальную подготовку и имеющего допуск на проведение в I триместре УЗИ скрининга, с целью пренатальной диагностики, в соответствии с протоколом УЗИ в данном сроке.

Проводится определение материнских сывороточных маркеров: связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина при сроке 11-14 недель и альфа-фетопротеина и бета-ХГ при сроке 16-18 недель, на анализаторе для определения биохимических маркеров, использующий технологию 2-й метки (трейс), для проведения прямых высокоспецифичных иммунофлюоресцентных измерений в гомогенной фазе.

При сроке беременности 18-21 неделя беременной женщине проводится скрининговое экспертное УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода, в соответствии с протоколом для скринингового исследования на данном сроке.

При сроке беременности 30-34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины, в соответствии с протоколом.

5. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

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 22 недель беременности.

6. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в учреждения второго уровня - гинекологические отделения межрайонных центров и г. Грозного. В гинекологическое отделение РКБ - при высокой степени риска.

Прерывание беременности (родоразрешение) в 22-32 недели проводится в условиях наблюдационного отделения акушерского стационара третьего уровня - в РКЦОЗМиР, 33-36 недель в акушерских стационарах второго уровня, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме.

Врачи женских консультаций осуществляют плановое направление в стационар беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

7. Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период; правила организации деятельности женской консультации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения женской консультации; правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога регламентируются приложениями № 1-5 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н.

8. При экстрагенитальных заболеваниях и отсутствии акушерской патологии, требующей стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций. При «среднем риске» - в профильные отделения учреждений 2 группы, при «высоком риске» - в РКБ.

При инфекционном заболевании или при подозрении на инфекционное заболевание беременная женщина, при отсутствии акушерской патологии, направляется в ГБУ «Республиканский клинический центр инфекционных болезней». При сочетании акушерской патологии и инфекционного заболевания в обсервационно-изоляционное отделение РКЦОЗМиР.

При наличии акушерских осложнений или при сочетании с экстрагенитальной патологией беременная направляется в акушерский стационар соответствующей группы.

При необходимости консультации или госпитализации беременной женщины группы высокого риска по перинатальным осложнениям в РКЦОЗМиР, внештатный специалист районный акушер-гинеколог или заведующий женской консультацией г.Грозный по телефону предварительно консультируется с дежурным врачом поста акушерского дистанционного консультативно центра с выездной акушерско-реанимационной бригадой при РКЦОЗМиР.

9. С целью консультации в акушерский дистанционный консультативный центр с выездной акушерско-реанимационной бригадой направляются беременные женщины:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);

в) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и ABO изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология

плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

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

10. В дневные стационары направляются женщины в период беременности и в послеродовой период, 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 4-6 часов в сутки.

11. В случае угрозы прерывания беременности в сроке до 22 недель беременные женщины направляются в гинекологические отделения лечебных учреждений 2 уровня при среднем риске, в гинекологические отделения лечебных учреждений третьего уровня при высоком риске.

12. В случае угрозы преждевременных родов или начавшихся преждевременных родов в сроке 32 недели и менее беременные женщины направляются в акушерский стационар третьего уровня - РКЦОЗМиР. В сроке 33-36 недель в акушерские стационары второго уровня, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме.

13. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и **определяется место планового родоразрешения.**

14. Беременная женщина и члены ее семьи **заблаговременно** информируются врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается индивидуально. Беременная направляется в стационар в соответствии с листом маршрутизации (Приложение №3)

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

15. При выявлении врожденных пороков развития при УЗИ - скрининге и/или отклонений при биохимическом скрининге, беременная направляется в Республиканский медико-генетический центр, расположенный в «Центре планирования семьи и репродукции» к врачу генетику, где беременная получает консультативную справку с рекомендациями. По месту диспансерного учета врачом акушером-гинекологом устанавливается степень риска по хромосомным нарушениям у плода.

16. При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков

развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог, при показаниях, представляет в МЗ ЧР медицинскую документацию (эпикриз с **протоколом** УЗИ скрининга и результатом биохимического скрининга) для направления в федеральные медицинские организации III Б группы на медико-генетическую консультацию.

17. После направления эпикриза и предварительной договоренности, беременная направляется на перинатальный консилиум в федеральные медицинские организации III Б для установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования. В случае установления пренатального диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода перинатальный консилиум врачей (в составе врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача генетика, врача детского хирурга, врача кардиолога, врача - сердечнососудистого хирурга) определяет дальнейшую тактику ведения беременности, определяет сроки и учреждение для родоразрешения.

Если по заключению перинатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде или требуется оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения или ребенка после рождения осуществляется в федеральные медицинские организации III Б группы в соответствии с порядком направления граждан на иногороднее лечение. В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения, прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.

18. Диагноз врожденного порока развития у плода (далее - ВПР) уточняется в сроках до 22 недели беременности.

При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ВПР, несовместимых с жизнью после получения информированного добровольного отказа беременной женщины от прерывания беременности, беременность ведется в соответствии с Порядком.

19. При ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарной недостаточности беременная женщина госпитализируется в лечебное учреждение республики или федеральную медицинскую организацию, по состоянию в соответствии с Порядком.

20. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи, консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-сердечно-сосудистого хирурга (врача-кардиолога), врача-детского кардиолога (врача-педиатра), врача-педиатра (врача-неонатолога) руководствуется следующими положениями:

20.1. При наличии у плода ВПС, требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в федеральную медицинскую организацию в соответствии с предварительно составленным планом ведения беременности.

К ВПС, требующим экстренного медицинского вмешательства в первые семь дней жизни, относятся:

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

20.2. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней – трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

При подтверждении диагноза и наличии показаний к хирургическому вмешательству консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-сердечно-сосудистого хирурга (врача-детского кардиолога), врача-неонатолога (врача-педиатра) составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой.

К ВПС, требующим планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни ребенка, относятся:

- общий артериальный ствол;
- коарктация аорты (внутриутробно) с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);
- умеренный стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента давления (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);
- гемодинамически значимый открытый артериальный проток;
- большой дефект аорто-легочной перегородки;
- аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии;
- гемодинамически значимый открытый артериальный проток у недоношенных.

20.3. К ВПС, требующим оперативного вмешательства до трех месяцев жизни, относятся:

- единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии;
- атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии;
- атрезия трикуспидального клапана;
- большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;
- тетрада Фалло;

двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

21. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с врожденным пороком развития (далее – ВПР) у плода (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-детского хирурга, врача-генетика и врача ультразвуковой диагностики руководствуется следующими положениями:

21.1. при наличии у плода изолированного ВПР (поражение одного органа или системы) и отсутствии пренатальных данных за возможное сочетание порока с генетическими синдромами или хромосомными аномалиями, беременная женщина направляется для родоразрешения в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной транспортировки новорожденного в специализированный детский стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «детская хирургия», для проведения хирургического вмешательства по стабилизации состояния. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой.

Беременные женщины с ВПР у плода данного типа так же могут быть консультированы врачами-специалистами перинатального консилиума врачей (врач-акушер-гинеколог, врач-детский хирург, врач-генетик, врач ультразвуковой диагностики) федеральных медицинских организаций. По результатам консультирования они могут быть направлены на родоразрешение в акушерские стационары федеральных медицинских организаций для оказания помощи новорожденному в условиях отделения хирургии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

К изолированным ВПР относятся:

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

21.2. при наличии у плода ВПР, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями или наличии множественных ВПР, в максимально ранние сроки беременности в перинатальном центре проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (консультирование врача-генетика и проведение кариотипирования в декретированные сроки, ЭХО-кардиография у плода, магнитно-резонансная томография плода). По результатам проведенного дообследования проводится консультирование врачами-специалистами перинатального консилиума врачей федеральной медицинской организации для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

К ВПР плода, часто сочетающимся с хромосомными аномалиями, или наличием множественных ВПР, относятся:

- омфалоцеле;
- дуоденальная атрезия;
- атрезия пищевода;

врожденная диафрагмальная грыжа;
пороки мочевыделительной системы, сопровождающиеся маловодием.

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

22. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности "акушерство и гинекология".

Правила организации деятельности родильного дома (отделения), рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения определены приложениями № 6-8 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н.

Правила организации деятельности Центра охраны материнства и детства определены приложением № 16 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н.19. Показания для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары соответствующего уровня указаны в приложении (приложение №3) к настоящему Порядку.

23. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения учреждения здравоохранения подразделяются на три группы:

Первая группа - учреждения здравоохранения, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога. В этих учреждениях оказывается медицинская помощь беременным с низким риском перинатальных факторов.

Вторая группа - учреждения здравоохранения с круглосуточными дежурствами акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога и имеющие в своем составе палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, это ГБУ "Родильный дом №2 г.Грозный", акушерский стационар ГБУ "Клиническая больница №4 г.Грозный", ГБУ "Гудермесская ЦРБ", ГБУ "Урус-Мартановская ЦРБ", ГБУ "Шалинская ЦРБ".

В этих учреждениях оказывается медицинская помощь беременным женщинам "средней степени риска".

К учреждениям 2 группы, прикреплены учреждения первой группы с приграничных территорий.

При этом: - в Шалинскую ЦРБ поступают женщины из Веденского, Курчалоевского районов;

в Урус – Мартановскую ЦРБ - из Ачхой – Мартановского, Шатойского, Итум-Калинского, Шаройского районов;

в Гудермесскую ЦРБ - из Шелковского, Ножай–Юртовского районов.

Из-за отсутствия межрайонного ЛПУ второго уровня для северных районов беременные средней степени риска из Надтеречного, Наурского и Грозненского районов направляются в Родильный дом №2 г.Грозного и родильное отделение городской клинической больницы №4 г.Грозного.

К учреждениям третьей группы относятся акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), оказывающие медицинскую помощь беременным женщинам "высокой степени риска"- ГБУ «Республиканский Клинический Центр Охраны Здоровья Матери и Ребенка им. А. Кадыровой» (РКЦОЗМиР).

24. Решение о госпитализации беременной женщины в федеральные медицинские организации для родоразрешения принимается консилиумом врачей РКЦОЗМиР по согласованию МЗЧР.

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

25. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности госпитализируются для обследования в кардиологическое отделение ГБУ «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш.Эпендиева».

26. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в стационар беременных женщин в сроке до 12 недель, для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

26.1. 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 тромбозом/эмболическими осложнениями;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

26.2. врожденные пороки сердца:

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 врожденные пороки сердца;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза;

26.3. 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;

26.4. нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

26.5. состояния после операций на сердце.

27. 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 медицинских учреждений 2 уровня при компенсированном состоянии, 3 уровня - при клинических проявлениях заболевания.

28. При пролонгировании беременности, женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются стационарно, в критически значимые сроки (18-22 нед., 27-32 нед.) или при ухудшении состояния - в кардиологическом отделении ГБУ «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш.Эпендиева», где проводится уточнение функционального состояния сердечно-сосудистой системы, определение степени её компенсации, подбора/коррекции медикаментозной терапии. Также проводится пренатальная диагностика с целью исключения врожденных

аномалий (пороков развития) плода, УЗИ и доплерометрическое исследование для оценки состояния фетоплацентарного комплекса и ведение беременности с определением предполагаемых сроков родоразрешения. По решению консилиума при возникновении показаний к прерыванию беременности в сроке 22 недель и более переводится в ГБУ РКЦОЗМиР,

29. При выявлении осложнений, связанных с патологией сердечно-сосудистой системы, беременная женщина при сроке 27-32 недели направляется в специализированное медицинское учреждение Федерального центра.

30. При сроке беременности 35-37 недель женщины госпитализируются в специализированное медицинское учреждение Федерального центра для решения вопроса о сроках и методе родоразрешения.

31. Способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом 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.

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

32. Дальнейшая тактика ведения определяется консилиумом 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 специализированного медицинского учреждения Федерального центра.

33. Предварительно в федеральный центр направляется медицинская документация (эпикриз) с протоколом УЗИ исследования.

34. В исключительных случаях при отказе федеральной медицинской организации от госпитализации беременной женщины, родоразрешение производится в ГБУ «РКЦОЗМиР им. А.Кадыровой».

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

35. К основным состояниям и заболеваниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, относятся:

острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);

пре- и эклампсия;

HELLP-синдром;

острый жировой гепатоз беременных;

ДВС-синдром;

послеродовой сепсис;

сепсис во время беременности любой этиологии;

ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);

пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;

миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;

сахарный диабет с труднокорректируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;

тяжелая анемия любого генеза;

тромбоцитопения любого происхождения;

острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;

тяжелая форма эпилепсии;

миастения;

острые расстройства дыхания, острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

36. Интенсивная терапия и реанимационные мероприятия проводятся в отделениях анестезиологии-реаниматологии акушерских стационарах, а также акушерским дистанционным консультативным центром с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (далее – акушерский дистанционный консультативный центр) при РКЦОЗМиР и санитарно-авиационной службой РКБ.

Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии и акушерского дистанционного консультативного центра, а также рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения центра определены приложением № 12 – 15 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н.

При возникновении экстренных и неотложных ситуаций: 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 администрации медицинской организации, главному внештатному районному специалисту, который по телефону связывается с акушерским дистанционным консультативным центром РКЦОЗМиР для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи 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 групп, для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период, в акушерские стационары третьей А группы.

При возникновении экстренных и неотложных ситуаций в послеродовом периоде вызывается санитарно-авиационная служба РКБ для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в РКБ.

При возникновении экстренных и неотложных ситуаций в сроке беременности до 22 недель вызывается санитарно-авиационная служба РКБ или линейная бригада скорой медицинской помощи для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в РКБ или РКБСМП.

Обо всех тяжелых женщинах докладывается в отдел материнства МЗЧР по телефону главному акушеру-гинекологу, а также высылаются экстренное извещение.

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

37. Лабораторное обследование беременных женщин на наличие в крови антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) проводится при постановке на учет по беременности.

38. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщинам, планирующим сохранить беременность, проводят повторное тестирование в 28-30 недель. Женщин, которые во время беременности употребляли парентерально психоактивные вещества и (или) вступали в половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется обследовать дополнительно на 36 неделе беременности.

39. Молекулярно-биологическое обследование беременных на ДНК или РНК ВИЧ проводится:

а) при получении сомнительных результатов тестирования на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами (иммуноферментный анализ (далее ИФА) и иммунный блоттинг);

б) при получении отрицательных результатов теста на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами в случае, если беременная женщина относится к группе высокого риска по ВИЧ-инфекции (употребление наркотиков внутривенно, незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в течение последних 6 месяцев).

40. Забор крови при тестировании на антитела к ВИЧ осуществляется в процедурном кабинете женской консультации с помощью вакуумных систем для забора крови с последующей передачей крови в лабораторию медицинской организации с направлением.

41. Тестирование на антитела к ВИЧ сопровождается обязательным дотестовым и послетестовым консультированием.

Послетестовое консультирование проводится беременным женщинам независимо от результата тестирования на антитела к ВИЧ и включает обсуждение следующих вопросов: значение полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ-инфекцией; рекомендации по дальнейшей тактике тестирования; пути передачи и способы защиты от заражения ВИЧ-инфекцией; риск передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, доступные для беременной женщины с ВИЧ-инфекцией; возможность

проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ ребенку; возможные исходы беременности; необходимость последующего наблюдения матери и ребенка; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников.

42. Беременных женщин с положительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ, в тех учреждениях, где имеется лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции, направляют в ГБУ «Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД» для дополнительного обследования, постановки на диспансерный учет и назначения химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ (антиретровирусной терапии).

Информация, полученная медицинскими работниками о положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами Центра профилактики и борьбы со СПИД, перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

43. Дальнейшее наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом Центра профилактики и борьбы со СПИД и врачом-акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства.

При невозможности направления (наблюдения) беременной женщины в Центр профилактики и борьбы со СПИД наблюдение осуществляет врач-акушер-гинеколог по месту жительства при методическом и консультативном сопровождении врача-инфекциониста Центра профилактики и борьбы со СПИД.

Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в Центр профилактики и борьбы со СПИД информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) антиретровирусной терапии и запрашивает из Центра профилактики и борьбы со СПИД 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.

44. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции 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 незамедлительно информирует Центр профилактики и борьбы со СПИД принятия соответствующих мер.

45. В период диспансерного наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией рекомендуется избегать процедур, повышающих риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона и др.). Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.

46. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или с однократным обследованием на ВИЧ-инфекцию, а также употреблявших в течение беременности психоактивные вещества внутривенно, или имевших незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия.

Часть образца крови, взятого для проведения экспресс теста, направляется для проведения обследования на антитела к ВИЧ по стандартной методике (ИФА, при необходимости иммунный блот) в скрининговой лаборатории. Результаты этого исследования немедленно передаются в медицинскую организацию.

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

При получении положительного результата оставшаяся часть сыворотки или плазмы крови направляется в лабораторию Центра по профилактике и борьбе со СПИД для проведения верификационного исследования, результаты которого немедленно передаются в акушерский стационар.

48. В случае получения положительного результата тестирования на ВИЧ в лаборатории Центра профилактики и борьбы со СПИД женщина с новорожденным после выписки из акушерского стационара направляется в Центр профилактики и борьбы со СПИД для консультирования и дальнейшего обследования.

49. В экстренных ситуациях, при невозможности ожидания результатов стандартного тестирования на ВИЧ-инфекцию из Центра профилактики и борьбы со СПИД, решение о проведении профилактического курса антиретровирусной терапии передачи ВИЧ от матери ребенку принимается при обнаружении антител к ВИЧ с помощью экспресс-тест-систем. Положительный результат экспресс-теста является основанием только для назначения антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, но не для постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

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

51. Проведение антиретровирусной профилактики у женщины в период родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов Центра профилактики и борьбы со СПИД, при отсутствии рекомендаций в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

52. Профилактический курс антиретровирусной терапии во время родов в акушерском стационаре проводится:

а) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;

б) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;

в) при наличии эпидемиологических показаний:

невозможность проведения экспресс-тестирования или своевременного получения результатов стандартного теста на антитела к ВИЧ у роженицы;

наличие в анамнезе у роженицы в период настоящей беременности парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с партнером с ВИЧ-инфекцией;

при отрицательном результате обследования на ВИЧ-инфекцию, если в момент последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель.

53. Врачom-акушером-гинекологом принимаются меры по недопущению длительности безводного промежутка более 4 часов.

54. При ведении родов через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

55. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется ограничить проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

56. Плановое кесарево сечение для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией проводится (при отсутствии противопоказаний) до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод при наличии хотя бы одного из следующих условий:

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами (на сроке не ранее 32 недели беременности) более или равна 1 000 коп/мл;

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

в) антиретровирусная химиопрофилактика не проводилась во время беременности (или проводилась в режиме монотерапии или ее продолжительность была менее 4 недель) или невозможно применить антиретровирусные препараты в родах.

57. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом не рекомендуется его проводить при безводном промежутке более 4 часов.

58. Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается врачом-акушером-гинекологом, ведущим роды, в индивидуальном порядке, 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.

59. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ с

помощью вакуумных систем для забора крови. Кровь направляется в лабораторию Центра профилактики и борьбы со СПИД.

60. Антитретовирусная профилактика новорожденному назначается и проводится врачом-неонатологом или врачом-педиатром независимо от приема (отказа) антитретовирусных препаратов матерью в период беременности и родов.

61. Показаниями к назначению антитретовирусной профилактики новорожденному, рожденному от матери с ВИЧ-инфекцией, положительным результатом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ в родах, неизвестным ВИЧ-статусом в акушерском стационаре являются:

а) возраст новорожденного не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;

б) при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) - период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены);

в) эпидемиологические показания:

неизвестный ВИЧ статус матери, употребляющей парентерально психоактивные вещества или имеющей половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером;

отрицательный результат обследования матери на ВИЧ-инфекцию, употребляющей парентерально в течение последних 12 недель психоактивные вещества или имеющей половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией.

62. Новорожденному проводится гигиеническая ванна с раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды). При невозможности использовать хлоргексидин используется мыльный раствор.

63. При выписке из акушерского стационара врач-неонатолог или врач-педиатр подробно в доступной форме разъясняет матери или лицам, которые будут осуществлять уход за новорожденным, дальнейшую схему приема химиопрепаратов ребенком, выдает на руки антитретовирусные препараты для продолжения антитретовирусной профилактики в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами.

При проведении профилактического курса антитретовирусных препаратов методами экстренной профилактики, выписка из родильного дома матери и ребенка осуществляется после окончания профилактического курса, то есть не ранее 7 дней после родов.

В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации.

64. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антитретовирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются (с кодом контингента) в медицинской документации матери и ребенка и передаются в Центр профилактики и борьбы со СПИД, а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

VI. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

65. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной, 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)».

66. Правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения гинекологического отделения и этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями определены приложениями №17-20 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н.

67. 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).

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач-акушер-гинеколог взаимодействует со специалистом по социальной работе в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, 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 родов.

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

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза.

68. По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы состояния здоровья:

I группа – практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II группа – женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

III группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося

хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

IV группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V группа – женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

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

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

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми 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).

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

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

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения 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.

69. 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 4-6 часов в сутки.

При наличии показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщины с гинекологической

патологией направляются в медицинские организации, имеющие лицензии и врачей-специалистов соответствующего профиля.

VIII. Порядок оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями

70. Оказание медицинской помощи девочкам (в возрасте до 17 лет включительно) с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врачом-гинекологом детского и подросткового возраста.

71. Первичная медико-санитарная помощь девочкам включает:

а) профилактику нарушений формирования репродуктивной системы и заболеваний половых органов;

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

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

г) санитарно-гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории медицинской организации, и направленное на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

72. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями определены приложением №21 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н.

73. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается врачом акушером-гинекологом детского возраста в медицинских организациях: консультативный прием в детской поликлинике ГБУ «Детская больница №2 г.Грозный», а также в поликлинике ГБУ «Республиканский центр планирования семьи и репродукции». При необходимости стационарного лечения девочки направляются в ГБУ «Детская больница №2 г.Грозный», ГБУ «Республиканская детская клиническая больница», для совместного ведения с врачом акушером-гинекологом и в ГБУ «Республиканский центр планирования семьи и репродукции» учитывая наличие детских гинекологических коек. Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов и санаторно-курортное лечение.

74. Первичная медико-санитарная помощь девочкам в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, а в

случае отсутствия указанного врача-специалиста - любым врачом-акушером-гинекологом, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта.

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

Врачи-акушеры-гинекологи, оказывающие медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, должны направляться на обучение на цикле тематического усовершенствования по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей не реже 1 раза в 5 лет.

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

76. При проведении профилактических медицинских осмотров девочек декретируемых возрастов после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник осуществляет выяснение жалоб, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценку степени полового развития по Таннеру, осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития. При профилактическом осмотре девочки в возрасте до 15 лет разрешается присутствие ее законного представителя.

77. По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы состояния здоровья:

I группа – практически здоровые девочки; девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы.

II группа – девочки с расстройствами менструаций в год наблюдения (менее 12 месяцев); с функциональными кистами яичников; с доброкачественными болезнями молочных желез; с травмой и с острым воспалением внутренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания.

III группа – девочки с расстройствами менструаций в течение более 12 месяцев; с доброкачественными образованиями матки и ее придатков; с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов без нарушения оттока менструальной крови; с хроническими, в том числе рецидивирующими, болезнями наружных и внутренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания, а также при их сочетании с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации.

IV группа – девочки с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов, сопровождающимся нарушением оттока менструальной крови; с расстройствами менструаций и с хроническими болезнями наружных и внутренних половых органов в активной стадии, стадии

нестойкой клинической ремиссии и частыми обострениями, требующими поддерживающей терапии; с возможными осложнениями основного заболевания; с ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания; с сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией с неполной компенсацией соответствующих функций.

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

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

Девочкам, отнесенным к III, IV, V группам состояния 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.

78. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления к врачу-акушеру-гинекологу девочек в возрасте до 18 лет включительно являются следующие жалобы и состояния:

- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации, 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;
- боли в животе в любом возрасте;
- изменение формы и величины живота в любом возрасте;
- увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;
- ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;
- отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет;
- перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);
- отсутствие менструации в возрасте 15 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 сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, уrogenитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;

- аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь, и узловое образования молочных желез в пубертатном периоде;

- отклонения от нормативной массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от 8 до 17 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;

- 3, 4 и 5 группы здоровья с эндокринными, аллергическими, воспалительными и другими хроническими заболеваниями, в том числе дети инвалиды и дети с ограниченными возможностями 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 по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В и С.

79. Медицинские вмешательства проводятся после получения информированного добровольного согласия девочек в возрасте 15 лет и старше, а в случае обследования и лечения детей, не достигших указанного возраста, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, если они по своему состоянию не способны дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

80. При наличии беременности любого срока у девочки в возрасте до 17 лет включительно наблюдение ее осуществляется врачом-акушером-гинекологом медицинской организации.

81. Экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с острыми гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в отделениях хирургического профиля второго и третьего уровня.

Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренной операции врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами рекомендуется согласовывать с врачом-акушером-гинекологом.

82. Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач-акушер-гинеколог готовит медицинскую документацию для направления девочки в Федеральный центр.

83. 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.

VIII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

84. Искусственное прерывание беременности, в том числе несовершеннолетним, проводится врачом-акушером-гинекологом в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии».

85. Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины.

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет проводится на основе добровольного информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

86. 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.

87. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение, на основе информированного добровольного согласия женщины.

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

Искусственное прерывание беременности не проводится при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы. Прерывание беременности проводится после излечения указанных заболеваний.

При наличии других противопоказаний (заболевания, состоянии, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей.

89. Перед направлением на искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель рекомендуется микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза.

90. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с

использованием медикаментозного или хирургического метода на основании информированного добровольного согласия женщины.

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности рекомендуется вакуумная аспирация.

91. Прерывание беременности медикаментозным методом проводится в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи с периодом наблюдения не менее 1,5-2 часов после приема препаратов.

92. Прерывание беременности в сроке до двенадцати недель хирургическим методом проводится в условиях дневных стационаров медицинских организаций и в стационаре. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины, но составляет не менее 4 часов.

Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний (состояний) производится в условиях стационара.

93. Перед хирургическим прерыванием беременности у первобеременных женщин во всех сроках, а у повторно беременных после восьми недель и при наличии аномалий шейки матки (врожденных или приобретенных в результате оперативных вмешательств или травм) проводится подготовка шейки матки.

94. Контроль опорожнения полости матки осуществляется путем визуализации удаленных тканей. При необходимости выполняется УЗИ и (или) определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина количественным методом в динамике.

95. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (зарегистрирован Минюстом России 25 декабря 2007 г. № 10807), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1661н (зарегистрирован Минюстом России 3 февраля 2012 г. № 23119), в медицинских организациях формируется комиссия в составе врача-акушера-гинеколога, врача той специальности, к которой относится заболевание (состояние) беременной женщины, являющееся медицинским показанием для искусственного прерывания беременности, и руководителя медицинской организации (далее – Комиссия).

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

При наличии медицинских показаний для проведения искусственного прерывания беременности Комиссией выдается заключение о наличии у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения

искусственного прерывания беременности, заверенное подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации.

96. Перед направлением на искусственное прерывание беременности во II триместре проводится полное клинико-лабораторное обследование, консультация врача-терапевта. По показаниям проводятся консультации смежных врачей-специалистов.

97. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения учреждения второго уровня - гинекологические отделения межрайонных центров и г. Грозного. В гинекологическое отделение РКБ - при высокой степени риска.

98. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22-32 недели проводится в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара третьего уровня - в РКЦОЗМиР, 33-36 недель в акушерских стационарах второго уровня, при наличии возможности оказания реанимационной помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному в полном объеме.

99. Для прерывания беременности сроком более двенадцати недель рекомендуется как хирургический, так и медикаментозные методы.

100. Перед хирургическим абортом при сроке беременности более двенадцати недель всем женщинам проводится подготовка шейки матки.

101. Хирургический аборт во втором триместре рекомендуется проводить под контролем УЗИ.

102. При наличии признаков неполного аборта и (или) обнаружении остатков плодного яйца независимо от примененного метода искусственного прерывания беременности проводится вакуумная аспирация или кюретаж.

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

103. Всем женщинам, которым выполняется хирургический аборт, проводится антибиотикопрофилактика.

При проведении медикаментозного аборта антибиотикопрофилактика проводится при высоком риске возникновения воспалительных заболеваний.

104. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием в присутствии анестезиолога-реаниматолога на основе информированного добровольного согласия женщины.

Не рекомендуется применение методики парацервикального обезболивания.

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

106. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; обсуждается вопрос индивидуального подбора контрацептивных средств; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, а также по предупреждению абортов и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

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

Приложение 3
К приказу министерства
здравоохранения
в Чеченской Республике
от 11.11 2013г.
№ 248

Показания

для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары соответствующего уровня

Показания для оказания первичной медико-санитарной помощи в дневном стационаре:
- вегето-сосудистая дистония различного характера и гипертоническая болезнь I и II стадии с подобранной ранее терапией
- анемия (снижение гемоглобина не ниже 91 г/л);
- ранний токсикоз лёгкой степени при отсутствии или наличии транзиторной кетонурии;
- угроза прерывания беременности в I и II триместрах без ОАА, при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей и сохраненной шейке матки, без кровотечений;
- для проведения немедикаментозной терапии (иглорефлексотерапия, физиолечение, психо- и гипнотерапия и др.);
- для проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии при наличии резус-отрицательной крови;
- для обследования и лечения беременных с резус-конфликтом в I и II триместрах беременности;

- для оценки состояния плода;
- для обследования и лечения при подозрении на фетоплацентарную недостаточность;
- для обследования при подозрении на порок сердца, патологию мочевого выделительной системы и др.;
- в критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания;
- при выписке из стационара после наложения швов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности;
Показания для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары I группы (низкая степень риска)
- отсутствие экстрагенитальной патологии у беременной женщины
- отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (гестоз, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода)
- после 37 недели беременности при: головном предлежании плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери
- отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти
- отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного
- отсутствию экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний;
При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в акушерские стационары второй, третьей А и третьей Б группы в плановом порядке.
Показания для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары II группы (средняя степень риска)
пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений; компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности); 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; заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит); 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;
мертворождение в анамнезе;
многоплодная беременность;
кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
многоводие;
угроза преждевременных родов, преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме;
задержка внутриутробного роста плода I степени;

Показания для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары III группы (высокая степень риска)

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей А группы (высокая степень риска) являются:

угроза преждевременных родов, преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 32 недель и менее.
предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;
поперечное и косое положение плода;
преэклампсия, эклампсия;
холестаз, 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;
задержка внутриутробного роста плода II-III степени;
изоиммунизация при беременности;
наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;
метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
водянка плода;
тяжелое 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;

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, таза;

прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

Показания для направления в клиники федерального подчинения, имеющие статус учреждений родовспоможения третьей Б группы

показания перечисленные для направления в медицинские учреждения III А группы;

для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с применением инновационных технологий.

Лист маршрутизации

Приложение №4 к приказу МЗ ЧР от №

Районы	Физиологическая беременность	При экстрагенитальной патологии		При акушерской патологии и сочетании акушерской и экстрагенитальной патологии	
		Средний риск	Высокий риск	Средний риск	Высокий риск
Урус-Мартановский	Родильное отделение Урус-Мартановской ЦРБ	Профильные отделения Урус-Мартановской ЦРБ	Высокий риск	Средний риск	Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадировой
Ачхой-Мартановский	Родильное отделение Ачхой-Мартановской ЦРБ				
Шатойский	Родильное отделение Шатойской ЦРБ				
Шаройский					
Итум-калинский					
Гудермесский	Родильное отделение Гудермесской ЦРБ	Профильное отделение Гудермесской ЦРБ		Гудермесская ЦРБ Гинекологическое отделение до 22 недель Акушерский стационар с 22 недель	
Ножай-Юртовский	Родильное отделение Ножай-Юртовской ЦРБ				
Шелковской	Родильное отделение Ножай-Юртовской ЦРБ				
Шалинский	Родильное отделение Шалинской ЦРБ	Профильное отделение Шалинской ЦРБ		Шалинская ЦРБ Гинекологическое отделение до 22 недель Акушерский стационар с 22 недель	
Веденский	Родильное отделение Веденской ЦРБ				
Курчалоевский	Родильное отделение Курчалоевской ЦРБ				
Грозненский	Родильный дом №2 г. Грозный по нечетным дням Родильное отделение ГКБ №4 г. Грозный – по четным дням	Профильные отделения РКБ		Родильный дом №2г. Грозный по нечетным дням Акушерский стационар ГКБ №4 г. Грозный – по четным дням Гинекологическое отделение до 22 недель Акушерский стационар с 22 недель	
Наурский	Родильное отделение Наурской ЦРБ	Профильные отделения РКБ			
Надтеречный	Родильное отделение Надтеречной ЦРБ				
Сунженский	Родильное отделение Сунженской ЦРБ				
г. Аргун	Родильное отделение Аргунской ГБ			РКЦОЗМир	
г. Грозный	Родильный дом №2 г. Грозный по четным дням ; Родильное отделение ГКБ№4 по нечетным дням	Профильные отделения больницы г. Грозный №1; №3; №4; №5;		Родильный дом №2г. Грозный по четным дням ; Родильное отделение ГКБ№4 по нечетным дням Гинекологические отделения до 22 недель (а также ГБ №№1;3;4;5) Отделение патологии беременности с 22 недель.	