



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

«28» 06 2019 г.

г. Грозный

№ 133

г Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю 7 «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Чеченской Республике

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» (с изменениями – приказ Минздрава РФ от 17.01.2014 г. № 25н «О внесении изменений к порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»»), клинических рекомендаций (протокола лечения) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 октября 2015 г. № 15-4/10/2-5802 «Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных состояниях», и в целях обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи женскому населению в медицинских организациях Чеченской Республики,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок оказания медицинской помощи женщинам по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Чеченской Республике (далее - Порядок), согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

1.2. Лист маршрутизации беременных женщин при проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

1.3. Форму протокола ультразвукового обследования женщины в 11-14 недель беременности, согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

1.4. Форму протокола скринингового ультразвукового обследования женщины во II – III триместрах беременности, согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

1.5. Лист маршрутизации женщин при патологии беременности до 22 недель, согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

1.6. Лист маршрутизации женщин в период беременности и родов при акушерской патологии с 22 недель, согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

1.7. Лист маршрутизации женщин в период беременности и послеродовой период с экстрагенитальной патологией, нуждающихся в лечении в специализированном отделении, согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

1.8. Лист маршрутизации беременных женщин при преждевременных родах, согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

1.9. Положение о дистанционном акушерском консультативном центре, согласно приложению № 9 к настоящему приказу;

1.10. Форму карты консультации с дистанционным акушерским консультативным центром, согласно приложению № 10 к настоящему приказу;

1.11. Форму карты транспортировки, согласно приложению № 11 к настоящему приказу;

1.12. Форму информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины, согласно приложению № 12 к настоящему приказу.

2. Главному врачу ГБУ «Родильный дом»:

2.1. Организовать работу дистанционного акушерского консультативного центра в соответствии с Положением о дистанционном акушерском консультативном центре;

2.2. Дистанционный акушерский консультативный центр оборудовать и укомплектовать согласно штатному расписанию в соответствии с приложениями №№ 14,15 к приказу Минздрава РФ от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».

3. Главным врачам медицинских организаций Чеченской Республики:

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

3.2. Привести в соответствие с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» (с изменениями – приказ МЗ РФ от 17.01.2014 г. № 25н «О внесении изменений к порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»») штатное расписание и материально-техническое оснащение

акушерских стационаров.

4. Признать утратившими силу: приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 13.04. 2018 г. № 80 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования репродуктивных технологий)» в Чеченской Республике»; приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 18.11. 2013 г. № 259 «Об организации медико-генетического центра», приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 21.01. 2014 г. № 17 «Об организации дистанционного акушерского консультативного центра».

5. Общему отделу ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести данный приказ до руководителей медицинских организаций, ГБУ «Станция скорой медицинской помощи», администрации ТФОМС и страховой компании «МАКС-М».

6. Контроль над исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики А.А. Гадаева.

Министр



Э.А. Сулейманов

Порядок

оказания медицинской помощи женщинам по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Чеченской Республике.

Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Чеченской Республике.

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

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 на основании листов маршрутизации, с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных осложнениях.

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.

5. Порядок проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

5.1. Для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка лаборатория ГБУ «Родильный дом» оснащена биохимическим анализатором для проведения биохимического скрининга на наследственные заболевания, куда направляются беременные женщины или доставляются образцы крови для исследования из всех женских консультаций республики.

Порядок маршрутизации беременных женщин для проведения пренатальной диагностики проводится по листу маршрутизации в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу.

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

При сроке беременности 11 - 14 недель беременная женщина проходит экспертный уровень пренатальной диагностики нарушений развития ребенка, включающей проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, на ультразвуковом аппарате экспертного класса, обязательно врачом ультразвуковой диагностики, имеющим сертификат врача-эксперта FMF (фонд медицины плода), и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

При сроке беременности 18 - 21 неделя беременной женщине проводится УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода. Второй ультразвуковой скрининг беременная женщина может пройти в любой медицинской организации, но на ультразвуковом аппарате экспертного класса.

При сроке беременности 30 - 34 недель УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины (желательно на ультразвуковом аппарате экспертного класса).

5.3. Протокол скринингового ультразвукового исследования в сроках беременности 11 - 14 недель оформляется в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

Протокол скринингового ультразвукового исследования во II – III триместрах беременности оформляется в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу.

5.4. При поздней первой явке во II триместре, делается забор крови для проведения биохимического анализа крови на альфа-фетопротеин, эстриол, бета-ХГ (в сроке 16 - 18 недель). Если в указанные сроки беременная женщина находится на стационарном лечении и ей не выполнено обследование на

амбулаторном этапе, то необходимо организовать проведение пренатальной диагностики в стационаре по той же схеме.

5.5. При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и ниже) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее в поликлиническое отделение ГБУ «Родильный дом» к врачу - генетику. При согласии женщины на проведение инвазивных методов обследования, она направляется в гинекологическое отделение ГБУ «Родильный дом» (или в другую медицинскую организацию в рамках базовой программы ОМС, по желанию женщины).

В случае отказа женщины от иногороднего лечения, определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей, функционирующим на базе ГБУ «Родильный дом».

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.

Госпитализация женщины в сроке беременности до 22 недель осуществляется в гинекологические отделения медицинских организаций в соответствие с уровнем по листу маршрутизации (приложение № 5).

С целью искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременная женщина направляется в гинекологическое отделение. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 недели и более проводится в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара.

5.6. При пренатально диагностированных врожденных аномалиях (пороках развития) у плода необходимо проведение перинатального консилиума врачей, состоящего из врача-генетика, врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача - детского хирурга. Если по заключению перинатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде в ГБУ «Родильный дом», родоразрешение планируется в данном родильном доме, в случае отсутствия условий для хирургического вмешательства в республике направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ или ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ.

5.7. При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, проводится консилиум врачей, в состав которого входят врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач - детский кардиолог и врач - детский хирург и выносится заключение с определением медицинской организации для родоразрешения и дальнейшего лечения. При необходимости иногороднего лечения в федеральных медицинских организациях,

готовится пакет документов на иногороднее лечение беременной женщине по месту диспансерного наблюдения или новорожденному в детской поликлинике.

6. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных противопоказаний, и ее сохранение, профилактика 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.

7. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения медицинских организаций II или III группы при высоком риске по листу маршрутизации (приложение № 5), имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) медицинской помощи (при наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

8. Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде определена приложением № 5 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».

9. При угрожающем аборте, лечение беременной женщины осуществляется в гинекологических отделениях согласно листа маршрутизации (приложение № 5).

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

Правила организации деятельности женской консультации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения женской консультации, правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации определены приложениями № 1 - 4 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».

11. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций, вне зависимости от срока беременности, при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом по листу маршрутизации, согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

12. При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар (приложение № 6).

13. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть заболевания.

14. Для оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам высокой группы риска, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров, и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающимся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений, беременная женщина направляется по листу маршрутизации в ГБУ «РКЦОЗМиР им. Аймани Кадыровой» или в ГБУ «Родильный дом», где развернуты койки акушерского ухода для беременных женщин.

15. Правила организации деятельности отделения (коек) акушерского ухода для беременных женщин, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения отделения акушерского ухода для беременных женщин определены приложениями № 28 - 30 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».

16. 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.

17. Показания для оказания первичной медико-санитарной помощи в дневном стационаре:

- вегетососудистая 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 при подозрении на фетоплацентарную недостаточность;

- на порок сердца, патологию мочевыделительной 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.

18. В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более направление женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

19. 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. Оформляется Лист маршрутизации для беременной и приклеивается в индивидуальную карту.

20. 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.

21. В дистанционный акушерский консультативный центр (ДАКЦ) ГБУ «Родильный дом» направляются беременные женщины группы высокого риска:

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.

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

1. В случае подтверждения врожденного порока развития (далее - ВПР) у

плода, требующего хирургической помощи, пренатальный консилиум врачей при ГБУ «Родильный дом», в составе врача-генетика, врача-акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача - детского хирурга, врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга определяется прогноз для развития плода и жизни новорожденного. Заключение консилиума врачей выдается на руки беременной женщине для предъявления по месту наблюдения по беременности.

2. Лечащий врач представляет беременной женщине информацию о результатах обследования, наличии ВПР у плода и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

3. При наличии у плода ВПР, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ВПР, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

4. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ВПР или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с разделом I настоящего Порядка. Медицинская организация для родоразрешения определяется наличием экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины, особенностями течения беременности и наличием в акушерском стационаре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

5. При ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарных нарушений, беременная женщина направляется в акушерский стационар.

6. 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:

6.1. При наличии у плода врожденного порока сердца (далее - ВПС), требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» г. Санкт-Петербург.

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;
- предуктальная 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.

6.2. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней - трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в сроки 22-34 недель и/или если женщина группы высокого риска в ГБУ «Родильный дом», в сроке беременности 34 и выше и/или беременная женщина группы низкого и среднего риска в акушерские стационары II Б группы: ГБУ «РКЦОЗМиР им. Аймани Кадыровой», ГБУ «Гудермесская ЦРБ» или ГБУ «Урус-Мартановская ЦРБ» имеющие в своем составе отделение или палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, по Листу маршрутизации.

После рождения ребенка 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. Готовится пакет документов на ребенка для направления в ФГБУ «ФМИЦ ССХ им А.Н. Бакулева» г. Москва или ГБУЗ «НИИ ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского» г. Краснодар.

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.

6.3. 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.

6.4. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной

женщины с врожденным пороком развития 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:

6.4.1. 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 ГБУ «Родильный дом», для проведения хирургического вмешательства ребенку после рождения.

Беременные женщины с ВПР у плода данного типа также 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.

6.5. При наличии у плода ВПР, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями или наличии множественных ВПР, в максимально ранние сроки беременности проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (консультирование врача-генетика поликлинического отделения ГБУ «Родильный дом» и проведение кариотипирования в декретированные сроки, эхокардиография у плода, магнитно-резонансная томография плода). По результатам проведенного дообследования направляются документы для проведения консультирования 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.

Если у плода есть пороки развития, которые не оперируются в ГБУ «Родильный дом», и беременная отказалась ехать на иногороднее лечение, то направляется на родоразрешение в МО II Б группы.

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

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

2. Правила организации деятельности родильного дома (отделения; перинатального центра; Центра охраны материнства и детства), рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения родильного дома (отделения; перинатального центра; Центра охраны материнства и детства) определены приложениями № 6 – 11, 16 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»».

3. С целью обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе листов маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций.

4. Отсутствие диспансерного наблюдения и обследования во время беременности, либо отсутствие необходимых сопроводительных документов (документ, удостоверяющий личность, полис обязательного медицинского страхования, обменная карта беременной (форма № 113) и пр.) не является показанием для транспортировки (перевода) пациентки в стационар более высокой группы, за исключением ситуаций, когда на основании клинического и/или лабораторного обследования установлено наличие состояний, служащих основанием для оказания помощи на более высоком уровне.

5. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи:

- **Первая группа** - акушерские стационары, входящие в состав центральных районных больниц первого уровня, в которых оказывается медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период низкой степени пренатальных факторов риска. В акушерском стационаре первой группы принимаются роды в сроке беременности 37 недель и выше.

К первой группе отнесены акушерские стационары: ГБУ «Шатойская ЦРБ»; ГБУ «Веденская ЦРБ»; ГБУ «Курчалоевская ЦРБ»; ГБУ «Ножай-Юртовская ЦРБ»;

ГБУ «Наурская ЦРБ»; ГБУ «Надтеречная ЦРБ»; ГБУ «Шелковская ЦРБ»; ГБУ «Ачхой-Мартановская ЦРБ».

- **Вторая А группа** – медицинские организации с круглосуточными дежурствами акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога и имеющие в своем составе палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для женщин и палаты интенсивной терапии (далее – ПИТ) для новорожденных. В учреждениях II А группы принимаются роды в сроке беременности 37 недель и выше (а также в гинекологические отделения до 22 недель).

Ко второй А группе отнесены:

- ГБУ «Шалинская ЦРБ»;
- ГБУ «Аргунская ГБ № 1»;
- ГБУ «ГКБ № 4 г. Грозного».

В акушерский стационар ГБУ «ГКБ № 4 г. Грозного» направляются женщины в период беременности и родов низкого и среднего риска из г. Грозный и Грозненского района;

- в ГБУ «Шалинская ЦРБ» направляются женщины в период беременности, родов и в послеродовой период низкого и среднего риска из своего района;

- в ГБУ «Аргунская ГБ № 1» направляются женщины в период беременности, родов и в послеродовой период низкого и среднего риска из своего города.

Из Шалинского, Грозненского районов, г. Аргун и г. Грозный в сроки беременности 34-36 недель направляются в ГБУ «РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой».

- **Вторая Б группа** – медицинские организации с круглосуточными дежурствами акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога и имеющие в своем составе отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. В учреждениях II Б группы принимаются роды в сроки беременности 34 - 36 недель и выше.

Ко второй Б группе отнесены:

- ГБУ «РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой»;
- ГБУ «Гудермесская ЦРБ»;
- ГБУ «Урус-Мартановская ЦРБ».

В медицинских организациях второй группы оказывается медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период средней степени пренатальных факторов риска со своей территории и женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период из близлежащих прикрепленных к ним медицинских организаций первой группы:

- в акушерский стационар ГБУ «РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой» направляются женщины в период беременности, родов и послеродовой период среднего риска из Надтеречного, Наурского, Шатойского и Веденского районов на роды в сроке 34 - 36 недель и выше;

- в ГБУ «Гудермесская ЦРБ» направляются женщины в период беременности, родов и в послеродовой период низкого и среднего риска из своего района и женщины в период беременности, родов и в послеродовой период среднего риска из Ножай-Юртовского, Курчалоевского и Шелковского районов на роды в сроке 34 - 36 недель и выше (также в сроке до 22 недель беременности);

- в ГБУ «Урус - Мартановская ЦРБ» направляются женщины в период беременности, родов и в послеродовой период низкого и среднего риска из своего района, и беременные женщины среднего риска из Ачхой – Мартановского района, среднего риска из Сунженской ЦРБ (из Сунженского района женщины низкого риска направляются в Ачхой – Мартановскую ЦРБ) и близлежащих сел Алхан - Кала и Кулары Грозненского района (также в сроке до 22 недель беременности).

- **Третья А группа** - относится акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), оказывающий медицинскую помощь беременным высокого риска.

К третьей А группе относится:

- ГБУ «Родильный дом», куда поступают женщины группы высокого риска из всей республики и все случаи преждевременных родов в сроке беременности 22 - 33 недель включительно.

При акушерских осложнениях в сроке до 22 недель беременности:

из города Грозный беременные женщины низкого и среднего риска направляются в гинекологические отделения городских больниц г. Грозный; беременные женщины высокого риска с акушерской и экстрагенитальной патологией без клинического проявления в гинекологическое отделение ГБУ «Родильный дом», при сочетанной акушерской и экстрагенитальной патологии с клиническими проявлениями в ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева»;

из Надтеречного, Наурского, Шатойского, Веденского районов женщины среднего риска и высокого риска с акушерской и экстрагенитальной патологией без клинического проявления направляются в гинекологическое отделение ГБУ «РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой», при наличии сочетанной акушерской и экстрагенитальной патологии с клиническими проявлениями в ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева»;

из Грозненского района низкого и среднего риска в ГБУ «Грозненская ЦРБ», высокого риска направляются в ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева».

Из медицинских организаций ГБУ «Гудермесская ЦРБ», ГБУ «Урус – Мартановская ЦРБ», ГБУ «Шалинская ЦРБ», ГБУ «Аргунская ГБ № 1» (с прикрепленными медицинскими организациями первой группы) женщины высокого риска в период беременности и после родов направляются в ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева».

В нерабочее время, в выходные и праздничные дни в больницу ГБУ «ГКБ № 1 г. Грозного».

6. В случае антенатальной смерти плода, если у беременной женщины нет критериев высокой группы риска, направляются в учреждения II группы: в сроке до 22 недель в гинекологические отделения, в сроке 22 недель и более в наблюдательные отделения акушерских стационаров по листу маршрутизации.

При наличии врожденных аномалий (пороков) развития у плода, несовместимых с жизнью и живом плоде, в акушерские стационары 2 Б группы, по листу маршрутизации.

7. Если женщина относится к низкой или средней группе риска, но ожидаются преждевременные роды в сроке 22 - 33 или 34 - 36 недель, то госпитализация проводится в учреждение третьей или второй группы, соответственно, по листу маршрутизации, в интересах плода.

8. Маршрутизация женщин в период беременности при наличии акушерских осложнений в сроке до 22 недель приведена в листе маршрутизации согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

9. Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и родильниц в гинекологическое отделение стационара III группы:

- угрожающий выкидыш в сроке до 22 недель беременности (беременные женщины с индуцированной беременностью, беременностью после ЭКО, после оперативного лечения бесплодия, с привычным невынашиванием) при наличии профилизованных палат (отделений по лечению угрозы прерывания беременности), в случае отсутствия указанных палат (отделений) женщины госпитализируются в отделения патологии беременности акушерского стационара III группы;

- угрожающий выкидыш до 22 недель беременности (беременные женщины с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями) при наличии профилизованных палат (отделений по лечению угрозы прерывания беременности), в случае отсутствия палат (отделений) женщины госпитализируются в отделения патологии беременности акушерского стационара III группы;

- беременные женщины с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями, имеющие медицинские показания для искусственного прерывания беременности (на основании приказа Минздравсоцразвития от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»);

- осложненный инфицированный и септические аборты;
- осложненные формы послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний;
- послеродовые кровотечения;
- доброкачественные опухоли придатков матки;
- доброкачественные опухоли матки.

10. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильные отделения медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

Маршрутизация женщин в период беременности и послеродовой период с экстрагенитальными заболеваниями, нуждающихся в лечении в профильном отделении проводится по листу маршрутизации согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

11. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть заболевания.

12. Маршрутизация женщин при преждевременных родах проводится по листу маршрутизации согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в акушерские стационары второй, третьей А и третьей Б группы в плановом порядке.

Лист маршрутизации женщин в период беременности (после 22 недель) и родов при наличии акушерских осложнений приведена в листе маршрутизации согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

13. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (низкая степень риска) являются:

- отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний;

- отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);

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

- отсутствие в анамнезе у женщины 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.

14. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары второй группы (средняя степень риска) являются:

- 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;

- поперечное и косое положение 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;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
- многоводие;
- умеренная преэклампсия;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 34-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);
- задержка внутриутробного роста плода I степени.

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

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 34 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
- предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия;
- холестаза, гепатоз беременных;
- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
- задержка внутриутробного роста плода II-III степени;
- изоиммунизация при беременности;
- наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции экстренно после рождения;
- 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 тромбофлебиты 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.

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

- состояния, перечисленные в пункте 15, раздела III настоящего Порядка;

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

17. Направление беременных женщин (рожениц) в акушерские стационары осуществляется в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами.

18. В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды.

19. В процессе родов необходимо ведение партограммы.

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

21. В родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания.

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

Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов - 3 суток.

Перед выпиской родильнице предлагается проведение УЗИ органов малого таза.

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

24. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

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

1. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева».

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

3. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в стационар беременных женщин в сроке до 12 недель в ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева» для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

3.1. Ревматические пороки сердца:

- все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

- все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

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

- все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;
- пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;
- пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;
- пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

3.2. ВПС:

- пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;
- пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);
- пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;
- пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;
- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;
- пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) наличием постстенотического расширения);
- врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;
- кардиомиопатии;
- тетрада Фалло;
- Болезнь Эбштейна;
- сложные ВПС;
- синдром Эйзенменгера;
- болезнь Аэрза;

3.3. 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;

3.4. Нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

3.5. Состояния после операций на сердце.

4. 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 ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева», имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) медицинской помощи женщине.

5. При отказе женщины прервать беременность консилиум врачей в составе врача-кардиолога (врача - сердечно-сосудистого хирурга) и врача-акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение

сердечного ритма, требующих радиочастотной абляции) - о направлении в ФГБУ «ФМИЦ им В.А. Алмазова» г. Санкт-Петербург.

6. При сроке беременности 18 - 22 недели женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева» или направляется в федеральную медицинскую организацию (имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» и/или «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

7. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в кардиологическое отделение ГБУ «РКБ им. Ш.Ш. Эпендиева» или в федеральную медицинскую организацию (имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» и (или) «сердечно-сосудистой хирургии», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»), для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

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

9. При сроке беременности 35 - 37 недель женщины направляются в ГБУ «Родильный дом» на пренатальный консилиум (для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения). Медицинская организация для родоразрешения, способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом врачей в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

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

10. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями,

нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации) и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи, направляются для родоразрешения в ФГБУ «ФМИЦ им В.А. Алмазова» г. Санкт-Петербург для проведения соответствующего лечения.

11. Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача-анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечнососудистой хирургии. Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение. При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациентка переводится в акушерский стационар.

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

1. Качественная медицинская помощь пациенткам акушерского профиля требует организации медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц в учреждения родовспоможения III группы – родильные дома, перинатальные центры, и/или в многопрофильные ЛПУ для проведения комплексного лечения и интенсивной терапии.

Современные возможности проведения интенсивной терапии значительно сузили критерии нетранспортабельности и чрезвычайно важно соблюдать основные принципы медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц, родильниц группы высокого риска. Медицинская эвакуация беременных женщин группы риска и родильниц осуществляется только санитарным медицинским транспортом (наземным или авиа) в зависимости от тяжести состояния пациентки и расстояния, в сопровождении медицинского персонала. Стандарт оснащения санитарного транспорта и выездной бригады должен соответствовать ГОСТам, регламентирующим оснащение санитарного транспорта класса С, и требованиям, утвержденным приказами Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Транспортировке (переводу) подлежат пациентки, находящиеся на стационарном лечении в учреждениях более низкой группы оказания медицинской помощи в случае присоединения тех либо иных осложнений, либо экстренно поступившие в стационар более низкой степени риска и при установлении на момент госпитализации критериев, требующих перевода в отделение более высокого уровня оказания медицинской помощи.

О переводе пациентки в конкретное учреждение более высокой группы информируется по телефону администрация (заместитель главного врача, заведующий отделением) данного учреждения в рабочее время, а в ночное в выходные и праздничные дни - дежурный врачебный персонал.

Перевод осуществляется только в сопровождении подготовленного медицинского работника: фельдшера, акушерки, врача акушера - гинеколога, врача анестезиолога - реаниматолога, что определяется характером и тяжестью основного состояния.

Во время транспортировки обязательно проведение контроля за состоянием пациентки, включая оценку основных клинических показателей, и продолжение начатого при подготовке к транспортировке лечения (токолитическая, противосудорожная терапия и др.).

Данные о состоянии пациентки на этапе подготовки и во время транспортировки заносятся в карту транспортировки согласно приложению № 11 к данному приказу.

2. Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения стационаров III группы приведены в пункте 15 раздела III приложения № 1 к настоящему приказу.

3. Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и родильниц в гинекологическое отделение стационара III группы приведены в пункте 9 раздела III приложения № 1 к настоящему приказу.

Критические состояния у пациенток акушерского профиля требуют обязательной медицинской эвакуации в родильный дом, перинатальный центр и многопрофильные МО, имеющие в своем составе отделения анестезиологии и реанимации.

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);

- преэклампсия;

- 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 груднокорректируемым 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.

Транспортабельность данной категории пациенток зависит от конкретной клинической ситуации, оценивается и осуществляется только врачом анестезиологом-реаниматологом. Начатая на месте интенсивная терапия продолжается во время транспортировки.

При определении нетранспортабельности пациентки акушерского профиля необходимо обеспечить адекватный уровень оказания помощи на месте - консультация смежных специалистов, оперативные вмешательства, протезирование жизненно важных функций (ИВЛ, диализ и т.д.).

К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести:

- агональное состояние пациентки;
- несостоятельность хирургического гемостаза до ее устранения;
- отек головного мозга с комой III (или оценкой по шкале ком Глазко менее 7 баллов);
- отек головного мозга с прогрессированием дислокационного синдрома;
- прогрессирующая отслойка плаценты;
- рефрактерный шок любого генеза;
- рефрактерная к ИВЛ декомпенсированная дыхательная недостаточность при невозможности обеспечения ЭКМО (экстракорпоральная мембранная оксигенация);
- острые дислокационные синдромы в грудной клетке до возможности их разрешения;
- эклампсия (судорожный приступ);
- наличие установленного недренированного гнойного очага с предикторами/течением септического шока при возможности санации на месте;
- неэффективность токолиза при преждевременных родах;
- высокая вероятность родов во время транспортировки.

4. Интенсивная терапия и реанимационные мероприятия проводятся в отделениях анестезиологии-реаниматологии акушерских стационаров, а также выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи дистанционного акушерского консультативного центра (далее - дистанционный акушерский

консультативный центр - ДАКЦ).

Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реаниматологии и дистанционного акушерского 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 № 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, которая связывается с ДАКЦ.

При возникновении экстренных и неотложных ситуаций медицинская помощь оказывается в соответствии Положением о ДАКЦ (приложение № 9).

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

5. В отделение анестезиологии-реаниматологии направляются беременные женщины, роженицы и родильницы с острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок), пре- и эклампсией, ДВС-синдромом, острыми расстройствами дыхания, другими острыми расстройствами функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острыми нарушениями обменных процессов, родильницы в восстановительном периоде после оперативного родоразрешения, осложненного нарушениями функций жизненно важных органов или при реальной угрозе их развития.

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

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

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

- вне медицинской организации - осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой ДАКЦ;

- в стационарных условиях - осуществляется в отделениях анестезиологии-реаниматологии медицинских организаций.

7. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы на уровне фельдшерско-акушерского пункта медицинский работник в экстренном порядке вызывает бригаду СМП и информирует администрацию соответствующей районной больницы о сложившейся ситуации.

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

8. 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 информирует администрацию соответствующей районной больницы о сложившейся ситуации для определения дальнейшей тактики ведения.

9. Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада ДАКЦ направляется для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в стационарах третьей группы.

10. Выездная бригада ДАКЦ для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи транспортирует женщин с акушерской патологией в отделения анестезиологии-реаниматологии акушерских стационаров, с экстрагенитальными заболеваниями в отделения анестезиологии-реаниматологии в составе многопрофильных медицинских организаций по профилю заболевания, в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение этой категории пациентов.

11. При медицинской эвакуации ЛПУ, которое отправляет «от себя» и бригада, которая будет осуществлять транспортировку должны определить, к какой группе можно отнести пациентку и обеспечить максимальную безопасность.

Группы пациенток и условия медицинской эвакуации

| Группа пациенток | Причина межгоспитальной транспортировки | Мероприятия |
|------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Группа А | Регламентирующие нормативные правовые акты | Любой санитарный транспорт. Автомобили класса А и В. Не требуется предтранспортировочная подготовка, мониторинг жизненно важных функций организма и проведение лекарственной терапии. |

| | | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Достаточный уровень сопровождения – фельдшерская или врачебная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи |
| Группа Б | Нормативные правовые акты, регламентирующие проведение мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и послеродовой период. | <p>Специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации. Автомобиль класса С.</p> <p>Требуется транспортная подготовка.</p> <p>Обязательный мониторинг: АД, ЧСС, пульсоксиметрия, ЧСС плода. При необходимости ЭКГ, капнометрия, температура тела, диурез.</p> <p>Должна быть возможность проведения ИВЛ и микроструйного введения препаратов, инфузионной терапии, обезболивания и седации.</p> <p>Обязательное сопровождение: врач анестезиолог-реаниматолог, врач акушер-гинеколог.</p> |
| Группа В | Развитие угрожающего жизни состояния (остановка сердца, аритмия, ТЭЛА, кровотечение, эклампсия, кома, травма и т.д.) в амбулаторных условиях или вне лечебного учреждения. Отказ от транспортировки в ЛПУ – только констатация смерти. | <p>Любой санитарный транспорт. Главная цель – максимально быстрая доставка в ближайшее ЛПУ (хирургический стационар, роддом).</p> <p>При необходимости – проведение сердечно – легочной реанимации во время транспортировки. Родоразрешение может быть проведено в любом ЛПУ.</p> <p>Максимально быстрое консультирование из ЛПУ III группы и обеспечение необходимого уровня медицинской помощи на месте.</p> <p>Уровень сопровождения – все медицинские работники. При необходимости дальнейшей перегоспитализации – как пациенток группы Б</p> |

В процессе медицинской эвакуации необходима готовность к выявлению и устранению возможных осложнений:

- гемодинамическая нестабильность: гипотензия, гипертензия, жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, асистолия;

- респираторная нестабильность: прогрессирующая гипоксемия, бронхоспазм, пневмоторакс, непреднамеренная экстубация, десинхронизация с аппаратом ИВЛ;
- неврологическая нестабильность: возбуждение, ажитация, прогрессирующие угнетения сознания и внутричерепной гипертензии;
- наведенная гипотермия;
- отказ медицинского оборудования;
- «человеческий фактор».

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

1. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется в соответствии с разделами I и III Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н.

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

3. 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.

4. 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 блок);

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).

5. 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.

6. 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.

7. Беременных женщин с положительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ, врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет в ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе 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 ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

8. Дальнейшее наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» и врачом-акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства.

При невозможности направления (наблюдения) беременной женщины в ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» наблюдение осуществляет врач-акушер-гинеколог по месту жительства при методическом и консультативном сопровождении врача-инфекциониста ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД».

Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе 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 ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе 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.

9. 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 ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД».

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог женской консультации незамедлительно информирует ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» для принятия соответствующих мер.

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

11. 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.

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

13. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению, проводится в лаборатории или приемном отделении акушерского стационара медицинскими работниками, прошедшими специальную подготовку.

Исследование проводится в соответствии с инструкцией, прилагаемой к конкретному экспресс-тесту.

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

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

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

15. В случае получения положительного результата тестирования на ВИЧ в лаборатории ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» женщина с новорожденным после выписки из акушерского стационара

направляется в ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» для консультирования и дальнейшего обследования.

16. В экстренных ситуациях, при невозможности ожидания результатов стандартного тестирования на ВИЧ-инфекцию из ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» для решения 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.

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

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

19. 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 с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель.

20. Врачом-акушером-гинекологом принимаются меры по недопущению длительности безводного промежутка более 4 часов.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

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

25. 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.

26. 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 ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД».

27. Антиретровирусная профилактика новорожденному назначается и проводится врачом-неонатологом или врачом-педиатром независимо от приема (отказа) антиретровирусных препаратов матерью в период беременности и родов.

28. Показаниями к назначению антиретровирусной 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.

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

30. 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 антиретровирусные препараты для продолжения антиретровирусной профилактики в соответствии с рекомендациями и стандартами.

При проведении профилактического курса антиретровирусных 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.

31. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются (с кодом контингента) в медицинской документации матери и ребенка и передаются в ГБУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

VII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

1. 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)» и (или) «акушерскому делу».

Правила организации деятельности гинекологического отделения медицинской организации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения гинекологического отделения медицинской организации определены приложениями № 17 - 19 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н.

2. Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями определена приложением № 20 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н.

3. 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 абортов, 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 аборт, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после 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.

4. 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:

I 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.

5. 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.

1. 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.

2. 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 абортов 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.

3. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в рамках реализации профилактических осмотров несовершеннолетних в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних».

4. 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.

5. 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.

В остальные возрастные периоды осмотр девочки проводится врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта и осуществляется направление девочки к врачу-акушеру-гинекологу в соответствии с перечнем показаний согласно приложению № 21 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

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

При отсутствии врача-акушера-гинеколога девочки с беременностью любого срока наблюдаются врачом общей практики (семейным врачом), врачом-терапевтом, врачом-педиатром, фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта в соответствии с разделами I - VI Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н.

10. Экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с острыми гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и (или) «детской хирургии», «хирургии», имеющих стационар круглосуточного пребывания с отделением анестезиологии-реаниматологии, врачами-акушерами-гинекологами, врачами - детскими хирургами, врачами-хирургами - ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки». При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у девочек рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

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

11. Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет девочку с гинекологической патологией в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, имеющей гинекологические койки для детей и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и «педиатрии». Если необходимый объем медицинской помощи в ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки» не оказывается, готовится медицинская документация на иногороднее лечение.

12. При необходимости реабилитационного и восстановительного лечения медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями оказывается в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

13. 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.

14. 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 № 572н.

IX. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности.

1. 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 (искусственному прерыванию беременности)».

2. Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины, оформленного в соответствии с приложением № 12 к настоящему приказу.

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

3. 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.

4. 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 (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации при ГБУ «Родильный дом») для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним

медицинским образованием, прошедший специальное обучение, на основе информированного добровольного согласия женщины.

Правила организации деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, определены приложениями № 31 - 33 к порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н.

5. 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 (заболеваний, состояний, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей.

6. 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. В целях сохранения беременности при проведении УЗИ органов малого таза беременной женщине демонстрируется изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения).

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

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

12. Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальному показанию решается комиссией в составе руководителя медицинской организации, врача-акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача-акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социального показания для искусственного прерывания беременности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 7, ст. 878).

При наличии социального показания для искусственного прерывания беременности комиссией выдается заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью медицинской организации.

13. 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.

14. Перед направлением на искусственное прерывание беременности во II триместре проводится обследование: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови, определение антител к бледной трепонеме в крови, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, анализ мочи общий, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, УЗИ матки и придатков трансабдоминальное (трансвагинальное), регистрация электрокардиограммы, прием врача-терапевта. По показаниям проводятся консультации смежных врачей-специалистов.

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

16. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится только в условиях акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела.

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

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

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

20. 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.

21. При прерывании беременности в сроке 22 недели и более при наличии врожденных аномалий (пороков развития) у плода, несовместимых с жизнью, перед искусственным прерыванием беременности проводится интракардиальное введение хлорида калия или дигоксина.

22. Всем женщинам, которым выполняется хирургический аборт, проводится антибиотикофилактика.

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

23. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины.

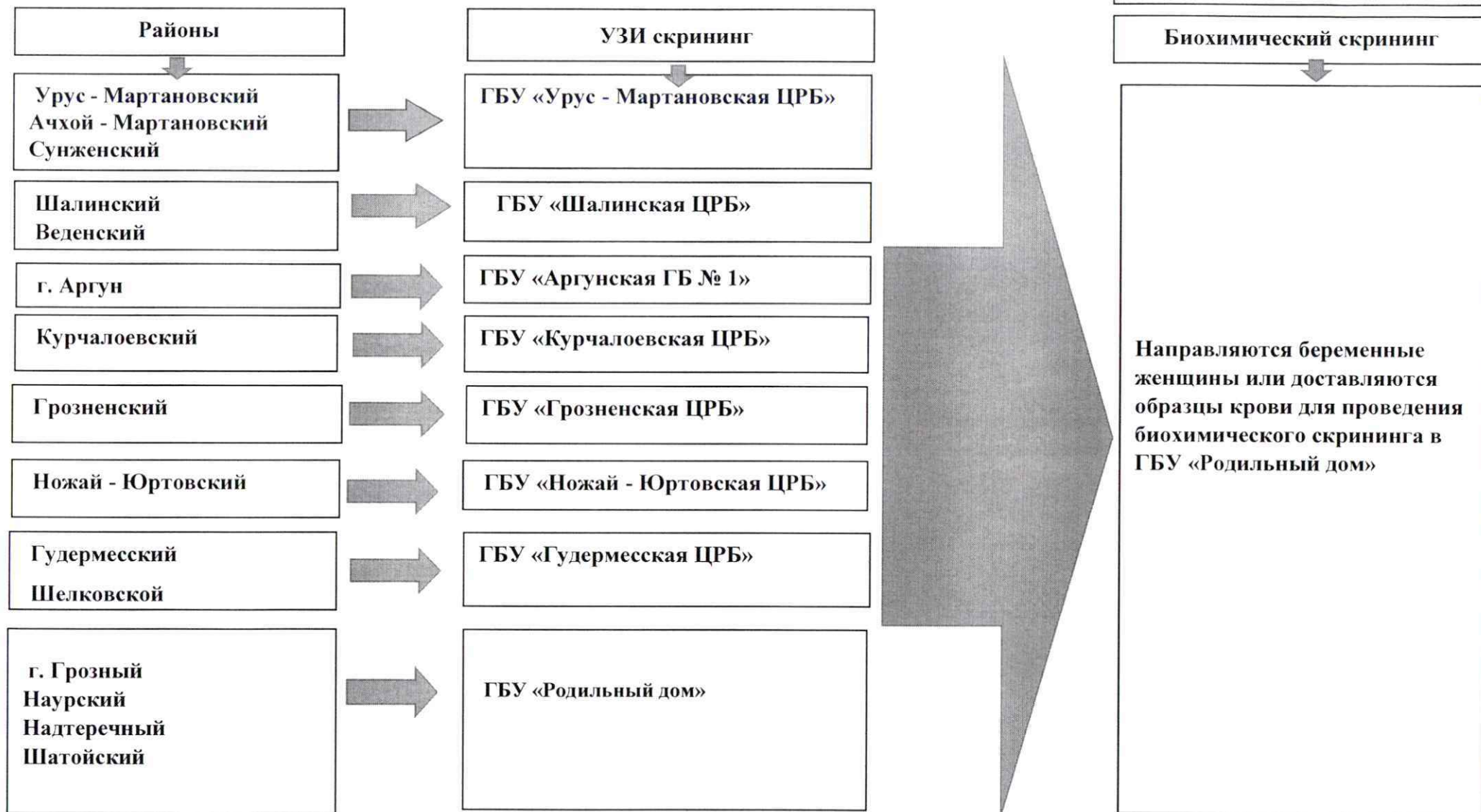
24. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания беременности проводится иммунизация иммуноглобулином антирезус Rho (D) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата.

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

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

Лист маршрутизации беременных женщин при проведении пренатальной диагностики

Приложение № 2 к приказу Минздрава ЧР
от «28» 06. 2019 г. № 133



I УЗИ скрининг проводится на УЗ аппарате экспертного класса по листу маршрутизации,
II УЗИ скрининг проводится на УЗ аппарате экспертного класса по месту наблюдения беременной женщины,
III УЗИ скрининг проводится по месту наблюдения беременной женщины (желательно на УЗ аппарате экспертного класса).

**Протокол
УЗИ во II-III триместрах беременности**

Дата обследования «__» _____ 20__ г.

Вид обследования: трансабдоминальный, трансвагинальный

Ф.И.О. _____ **Возраст** _____

Первый день последней менструации _____ Срок беременности _____ нед.

Имеется _____ живой(ых) плод(ов) в головном / тазовом предлежании

ФЕТОМЕТРИЯ:

Бипариетальный размер головы _____ мм Окружность головы _____ мм

Лобно - затылочный размер _____ мм диаметр окружность живота _____ мм

Длина бедренной кости: левой _____ мм правой _____ мм

Длина костей голени: левой _____ мм правой _____ мм

Длина плечевой кости: левой _____ мм правой _____ мм

Длина костей предплечья: левого _____ мм правого _____ мм

Размеры плода: соответствуют _____ нед.

АНАТОМИЯ ПЛОДА:

Боковые желудочки мозга _____ Мозжечок _____

Большая цистерна _____ Позвоночник _____

Лицевые структуры: профиль _____

Носогубный треугольник _____ Глазницы _____

Легкие _____ 4-камерный срез сердца _____

Выход магистральных сосудов _____ Дуга аорты _____

Желудок _____ Кишечник _____

Мочевой пузырь _____ Почки _____

ПЛАЦЕНТА, ПУПОВИНА, ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ:

Плацента расположена в дне по передней, задней стенке матки, больше справа/слева,
на _____ см. выше внутреннего зева _____

Толщина плаценты: нормальная, уменьшена / увеличена до _____ мм.

Структура плаценты _____

Степень зрелости _____ что соответствует/не соответствует сроку беременности.

Пуповина имеет _____ сосуда

Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие / маловодие

Индекс амниотической жидкости _____ см.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: данных не обнаружено

Обнаружены: _____

ШЕЙКА МАТКИ: внутренний зев _____ длина ш/м _____

СТЕНКИ МАТКИ: особенности строения _____

ОБЛАСТЬ ПРИДАТКОВ _____

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная/затруднена

ДОПЛЕРОМЕТРИЯ

Кровоток в: артериях пуповины

PI _____ RI _____ S/D _____

Маточная артерия правая _____ левая _____ Средняя мозговая артерия _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

РЕКОМЕНДАЦИИ _____

Ф.И.О. врача _____ **подпись** _____

**Протокол
УЗИ в 11-14 недель беременности**

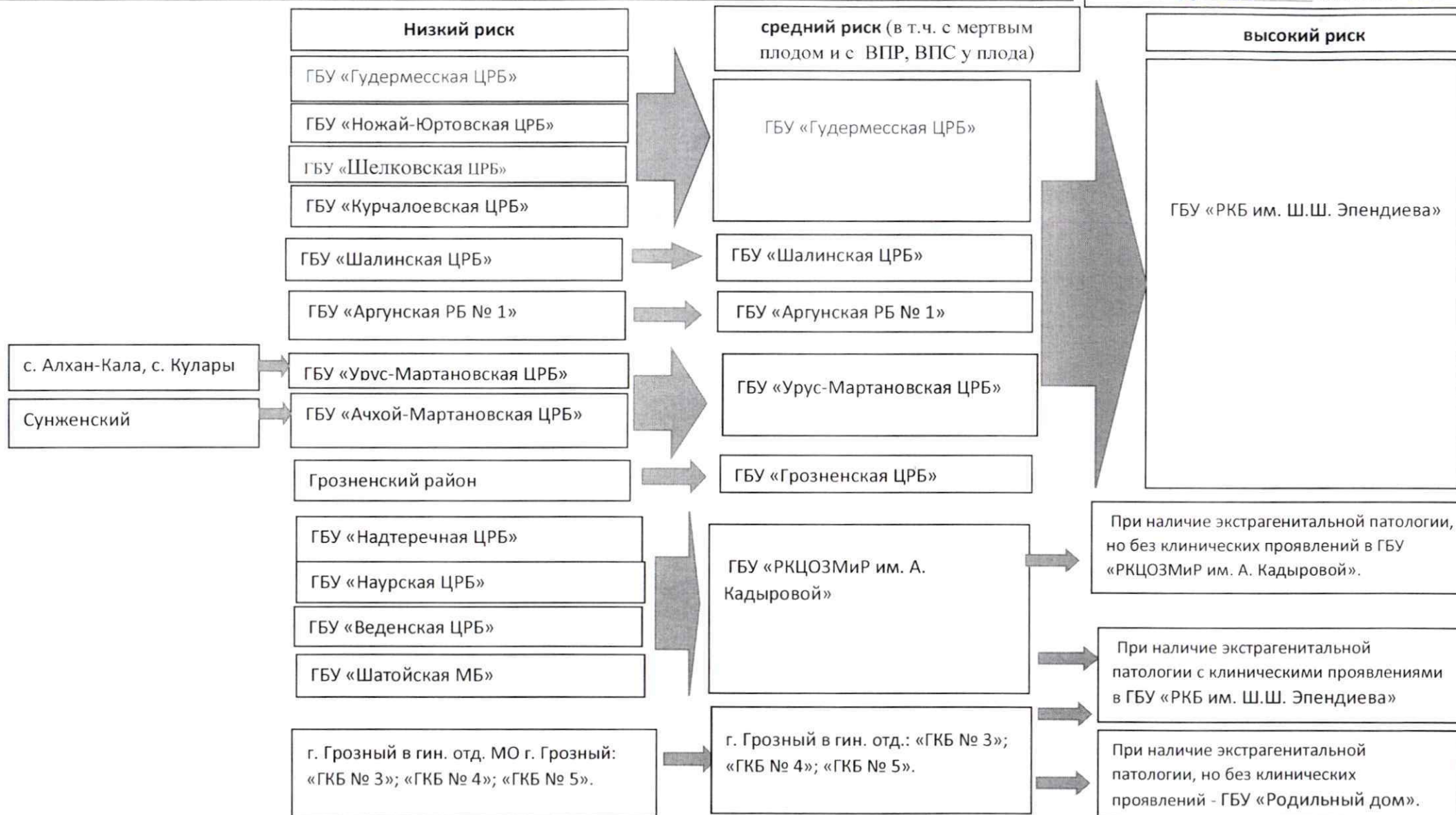
Дата обследования: «__» _____ 20__ г.
Вид обследования: трансабдоминальный, трансагинальный
Ф.И.О. _____ возраст _____
1-й день последней менструации «__» _____ 20__ г.
Срок беременности _____ недель _____ дней.
В полости матки (не) определяется _____ плод(а):
Средний внутренний диаметр плодного яйца _____ мм,
КТР _____ мм. соответствует сроку беременности _____ нед. _____ дня
Толщина воротникового пространства _____ мм
Носовая кость (не) визуализируется _____ мм.
Сердцебиение плода _____ ударов в 1 мин
Венозный проток _____
Лицевые структуры: профиль _____
Носогубный треугольник _____
Глазницы _____
Позвоночник _____ Легкие _____
Желудок _____ Кишечник _____
Мочевой пузырь _____ Почки _____
Верхние/ нижние конечности _____
Передняя брюшная стенка _____
Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке _____
Желточный мешок: (не) визуализируется,
Средний внутренний диаметр желточного мешка _____ мм.
Врожденные пороки развития плода _____
Хорион/плацента располагается по _____ стенке матки
Структура хориона/плаценты _____
Шейка матки _____ мм, внутренний зев _____ мм.
Миометрий _____
Область придатков _____
Визуализация: удовлетворительная / затруднена
Заключение: _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. врача _____ подпись _____

Лист маршрутизации женщин в гинекологическое отделение в период беременности до 22 недель

Приложение № 5 к приказу Минздрава ЧР
от «28 06» 2019 г. № 133



В нерабочее время, в выходные и праздничные дни, госпитализация беременных осуществляется в гинекологическое отделение ГБУ «ГКБ № 1 г. Грозного».

(рабочее время: для МО с 6 дневной рабочей неделей с 9:00 до 16:30; для МО с 5 дневной рабочей неделей с 9:00 до 17:50)

Лист маршрутизации женщин в период беременности и родов при акушерской патологии после 22 недель

Приложение № 6 к приказу Минздрава ЧР от «28» 08 2019 г. № 133

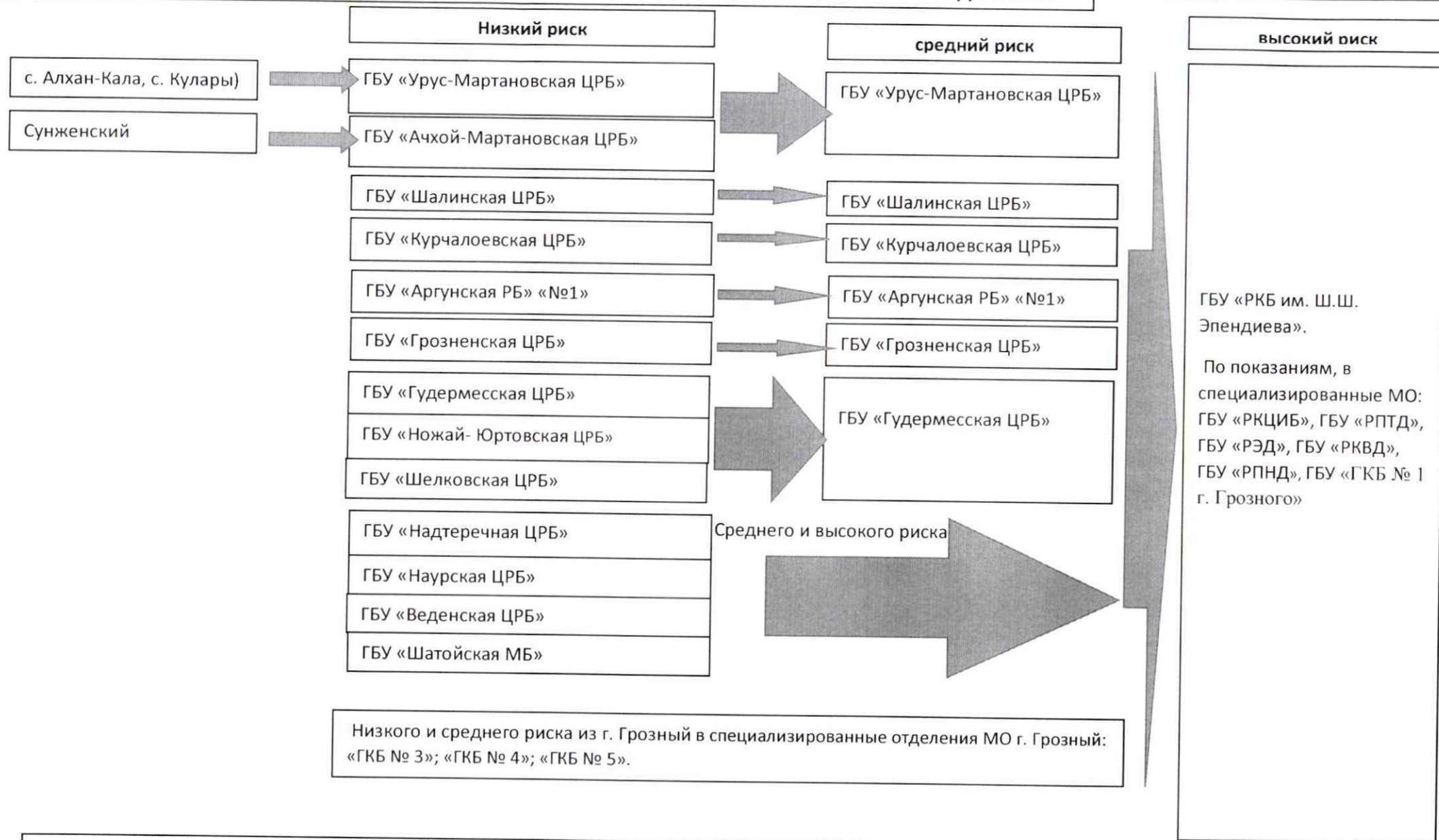


При наличии ВПС или ВПР, требующей новорожденному экстренной хирургической помощи, беременная направляется на родоразрешение в федеральный центр, в плановых случаях направляется на родоразрешение в сроке беременности 34 и более недель в ГБУ «РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой», ГБУ «Гудермесская ЦРБ» или ГБУ «Урус-Мартановская ЦРБ» в соответствии с листом маршрутизации, до 34 недель в ГБУ «Родильный дом».

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 ГБУ «Родильный дом», для проведения хирургического вмешательства ребенку после рождения.

Лист маршрутизации женщин в период беременности и послеродовый период с экстрагенитальной патологией, нуждающихся в лечении в специализированном отделении

Приложение № 7 к приказу Минздрава от «28 06» 2019 г. № 133



В нерабочее время, в выходные и в праздничные дни госпитализация осуществляется в ГБУ «ГКБ № 1 г. Грозного», по согласованию в специализированные МО республики.

(рабочее время: для МО с 6 дневным рабочим днем с 9:00 до 16:30; для МО с 5 дневным рабочим днем с 9:00 до 17:50)

Лист маршрутизации женщин при преждевременных родах

Приложение № 8 к приказу Минздрава ЧР
от «28 06» 2019 г. № 133

22 - 33 недель

районы

34 - 36 недель

ГБУ «Родильный дом»

Гудермесский
Ножай-Юртовский
Шелковской
Курчалоевский

ГБУ «Гудермесская ЦРБ»

Надтеречный
Наурский
Шатойский
Веденский
г. Грозный
Грозненский
г. Аргун
Шалинский

ГБУ «РКЦОЗМиР им. Аймани
Кадыровой»

Урус-Мартановский
Ачхой-Мартановский
Сунженский

ГБУ «Урус-Мартановская ЦРБ»

Положение о дистанционном акушерском консультативном центре

1. Общие положения:

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности дистанционного акушерского консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами;

1.2. Дистанционный акушерский консультативный центр (далее - ДАКЦ) является структурным подразделением ГБУ «Родильный дом»;

1.3. Финансовое и иное обеспечение деятельности ДАКЦ осуществляет ГБУ «Родильный дом» в пределах утвержденной сметы доходов и расходов;

1.4. Общее руководство ДАКЦ осуществляет главный врач ГБУ «Родильный дом». Непосредственное руководство ДАКЦ осуществляет заведующий отделением ДАКЦ;

1.5. Медицинский персонал ДАКЦ при отсутствии вызовов и консультаций может привлекаться для работы в других подразделениях ГБУ «Родильный дом»;

1.6. Взаимозаменяемость персонала ДАКЦ и персонала отделений (акушерских, анестезиологии-реаниматологии) учреждения здравоохранения является основным принципом работы.

2. Цели и основные виды деятельности ДАКЦ:

2.1. ДАКЦ создан с целью оказания специализированной реанимационно-анестезиологической и акушерской помощи женщинам группы высокого риска в период беременности, родов и в послеродовой период, консультативной (консультативно - выездной), организационно-методической работы в учреждениях здравоохранения республики, и снижения материнской заболеваемости, инвалидности и смертности;

2.2. ДАКЦ осуществляет следующие основные виды деятельности:

- круглосуточная экстренная очная (выездная) и заочная консультативная и лечебная помощь, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период;

2.3. экстренная транспортировка и госпитализация женщин в период беременности, родов и в послеродовой период при наличии показаний в отделение анестезиологии-реаниматологии;

2.4. дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин группы высокого риска, находящихся на диспансерном учете в лечебных учреждениях республики посредством системы РИСАР;

2.5. Организационно-методическая работа в лечебных учреждениях;

2.6. ДАКЦ вправе:

- привлекать для консультативной и лечебной помощи профильных и смежных специалистов из медицинских учреждений здравоохранения республики, главных штатных и внештатных специалистов министерства здравоохранения Чеченской Республики (по согласованию);

- получать медицинскую документацию, статистические данные и информацию о деятельности лечебных учреждений республики.

3. Работа ДАКЦ по оказанию круглосуточной экстренной очной (выездной) и заочной консультативной и лечебной помощи женщинам в период беременности родов и в послеродовой период:

3.1. ДАКЦ для оказания круглосуточной экстренной, заочной и очной консультативной и лечебной помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период обеспечивает круглосуточное присутствие бригады: врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра - анестезистка, водитель;

3.2. Поступившее сообщение в ДАКЦ регистрируется в журнале регистрации обращений (пронумерованный, прошнурованный, заверенный главным врачом);

3.4. Заведующий ДАКЦ и/или дежурный врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог ДАКЦ на основании полученной информации: заполняет формализованную историю болезни (далее - ФИБ), согласно приложению № 2 к настоящему приказу. Предоставляет необходимую консультацию или организует проведение консультации соответствующим профильным специалистом и совместно принимают одно из следующих тактических решений:

- рекомендации по госпитализации в акушерский стационар или специализированное отделение на соответствующий уровень;
- проведение дистанционного наблюдения за тактикой ведения и лечения женщины, нуждающейся в реанимации и интенсивной терапии;
- срочный (неотложный) выезд в лечебное учреждение;

3.5. Заведующий ДАКЦ предоставляет информацию о поступившем сообщении и согласовывает принятое тактическое решение с заместителем главного врача по медицинской части и заведующим ОАиР ГБУ «Родильный дом»;

3.6. В случае сложной диагностики и/или решения вопроса о целесообразности транспортировки женщины в период беременности, родов и в послеродовой период, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, заведующий ДАКЦ согласовывает принятое тактическое решение с главным анестезиологом-реаниматологом Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

4. Организация срочного (неотложного) выезда в лечебное учреждение:

4.1. Решение о срочном (неотложном) выезде в лечебное учреждение принимается дежурными врачами ДАКЦ, согласованно с заведующим ДАКЦ и заместителем главного врача по медицинской части ГБУ «Родильный дом»;

4.2. В лечебное учреждение сообщается решение о принятом срочном (неотложном) выезде и рекомендации по тактике ведения пациентки, проведения необходимого лабораторно-диагностического обследования и лечения на период организации выезда;

4.3. В ДАКЦ в журнале регистрации обращений фиксируется поступившая информация;

4.4. Специалисты ДАКЦ, осуществляющие срочный (неотложный) выезд в лечебное учреждение, проводят подготовку к выезду в течение не более тридцати минут;

4.5. Заведующий отделением ДАКЦ проводит необходимые мероприятия по подготовке условий выезда;

4.6. Диспетчер отделения ДАКЦ сообщает в лечебное учреждение сведения об условиях срочного (неотложного) выезда, дату и час выезда, состав бригады,

осуществляющий выезд.

5. Организация экстренной транспортировки беременной/роженицы/родильницы:

5.1. Решение о транспортировке женщин в период беременности, родов, и в послеродовой период, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из лечебного учреждения принимается согласованно (по телефону) с заведующим ДАКЦ, врачом акушером-гинекологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом ДАКЦ, осуществляющими срочный (неотложный) выезд в лечебное учреждение;

5.2. Заведующий ДАКЦ согласовывает принятое решение о транспортировке женщин с заместителем главного врача по медицинской части ГБУ «Родильный дом»;

5.3. В случае сложной диагностики и/или решения вопроса о целесообразности транспортировки женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, заведующий ДАКЦ согласовывает принятое решение о транспортировке женщины с главным анестезиологом - реаниматологом Министерства здравоохранения Чеченской республики;

5.4. Данные о состоянии пациентки на этапе подготовки и во время транспортировки заносятся в Карту транспортировки, согласно приложению № 11 к данному приказу;

5.5. В ДАКЦ в журнале регистрации обращений фиксируется результат выезда в лечебное учреждение.

6. Дистанционное наблюдение за состоянием женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, находящихся в лечебных учреждениях и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии

6.1. Заведующий ДАКЦ и/или дежурный врач акушер-гинеколог и/или анестезиолог-реаниматолог ДАКЦ, принявший решение проводить дистанционное наблюдение за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, на основании полученной информации заполняет ФИБ и дает необходимые рекомендации по тактике ведения, лечения, проведения лабораторных и инструментальных методов исследования, периодичности консультирования, определяет показания и срок перевода на следующий этап лечения или организует проведение консультации соответствующим профильным и/или смежным специалистом;

6.2. Каждый случай обращения врач ДАКЦ регистрирует в журнале регистрации обращений;

6.3. При каждой последующей консультации врач ДАКЦ вносит данные в ФИБ;

6.4. В случае необходимости перевода пациентки на следующий этап лечения, дежурный врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог ДАКЦ совместно с заведующим определяют показания и условия транспортировки;

6.5. Заведующий ДАКЦ согласовывает принятое решение о проведении дистанционного наблюдения за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, с заместителем главного врача по медицинской части ГБУ «Родильный дом»;

6.6. Заведующая ДАКЦ ежедневно предоставляет главному анестезиологу - реаниматологу и главному акушеру-гинекологу министерства здравоохранения Чеченской Республики информацию о женщинах, состоящих на дистанционном наблюдении в ДАКЦ.

7. Дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин группы высокого риска, находящихся на диспансерном учете в женских консультациях:

7.1. ДАКЦ для осуществления дистанционного динамического наблюдения за состоянием беременных женщин группы высокого риска, находящихся на диспансерном учете в ЖК, ежедневно проводит мониторинг;

7.2. Врач акушер-гинеколог лечебного учреждения при постановке на диспансерное наблюдение беременной женщины в женской консультации заносит в реестр сведения о каждой пациентке группы высокого риска;

7.3. Врач акушер-гинеколог при выявлении в женской консультации беременной женщины группы высокого риска заполняет и направляет ФИБ в ДАКЦ;

7.4. Поступившее сообщение в ДАКЦ регистрируется в журнале регистрации обращений;

7.5. Врач акушер-гинеколог ДАКЦ, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение, на основании полученной информации заполняет ФИБ и дает необходимую консультацию и рекомендации по дальнейшей тактике с учетом клинической ситуации, указывает дату и время следующей консультации не реже:

через 7-10 дней после первого обращения;

1 раза в месяц до 28 недель беременности;

2 раза в месяц с 28 недель до 36 недель беременности;

1 раз в неделю после 36 недель беременности;

7.6. При каждой последующей консультации врач ДАКЦ, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение, и врач женской консультации лечебного учреждения вносят данные в ФИБ;

7.7. Врач акушер-гинеколог лечебного учреждения при каждой консультации специалистами ДАКЦ вносит ФИБ в индивидуальную карту беременной;

7.8. Не позднее срока 36 недель беременности врач акушер-гинеколог ДАКЦ, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение, определяет срок и место родоразрешения, согласовывает с лечащим врачом лечебного учреждения и фиксирует в ФИБ.

8. Проведение организационно-методической работы ДАКЦ:

8.1. Проводит мониторинг дефектов оказания медицинской помощи, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, состоявших под наблюдением специалистов ДАКЦ, с ежемесячным предоставлением анализа главному акушеру-гинекологу министерства здравоохранения Чеченской Республики;

8.2. Проводит оценку качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в медицинских организациях, нуждавшихся в реанимации и/или интенсивной терапии, состоявших под наблюдением специалистов ДАКЦ.

Заполняется и передается в
ДАКЦ при каждом обращении за
консультацией

Карта

**консультации с дистанционным акушерским консультативным центром
(формализованная история болезни - ФИБ)**

Дата « » _____ 20 ____ г. время обращения _____ час. _____ мин.

Медицинская организация _____

Ф.И.О. врача _____

Ф.И.О. больной _____ возраст _____

Адрес _____

Перенесенные заболевания _____

Аллергоанамнез _____ Эпиданамнез _____

Соматические заболевания _____

Гемотранфузия _____ Здоровье мужа _____

Гинекологические заболевания _____

Предыдущие беременности _____ исход _____

Течение настоящей беременности: I триместр _____

II триместр _____

III триместр _____

Срок беременности: _____ по УЗД _____

Объективные данные: жалобы _____

Общее состояние _____ сознание _____

кожа _____ отеки _____ температура _____

сердечные тоны _____ АД пр.р. _____ лев.р. _____ пульс _____

органы дыхания _____

органы пищеварения _____

мочевыделительная система _____ диурез _____ мл. (с ____ ч. ____ мин. по ____ ч. ____ мин.)

Акушерский статус: размеры таза _____ ОЖ _____ ВДМ _____ ПМП _____

тонус матки _____ схватки _____ через _____ по _____

положение плода _____ предлежание плода _____ С/б плода _____

Влагалищное исследование: влагалище _____ шейка матки (положение) _____

Длина _____ консистенция _____ края _____ открытие _____

плодный пузырь _____ выделения _____ предлежащая часть _____

Данные лабораторных исследований: ОАК: _____

ОАМ: _____

Биохимический анализ крови: _____

Коагулограмма: _____

Данные УЗИ: _____

Диагноз: _____

План ведения _____

Рекомендации _____

Ф.И.О. консультанта _____

Ф.И.О. (подпись) лечащего врача _____

КАРТА ТРАНСПОРТИРОВКИ

Ф.И.О. _____ Возраст _____

Диагноз: _____

Показание к переводу _____

Показание к переводу установлено: дата _____ время _____

Состояние: _____

Клинические особенности: _____

Схватки: есть/нет, через _____ минут, по _____ секунд

Выделения из половых путей: есть/нет _____ характер _____

Плод: положение _____ предлежание _____

Сердечная активность плода: _____

Температура _____ °С, Пульс _____ АД _____ мм. рт. ст., Диурез _____ мл.

Подготовка к транспортировке

Выполнено: _____

Переводится в: _____

Врач: _____ Подпись _____

Транспортировка: начало дата _____ время _____

I. Время _____ Состояние _____

Схватки: есть/нет через _____ по _____

Выделения из половых путей: _____

Температура _____ °С, Пульс _____ в мин., АД _____ мм. рт.ст., Диурез _____ мл

Дополнительные данные: _____

II. Время _____ Состояние _____

Схватки: есть/нет через _____ по _____

Выделения из половых путей: _____

Температура _____ °С, Пульс _____ в мин., АД _____ мм. рт.ст., Диурез _____ мл

Дополнительные данные: _____

III. Время _____ Состояние _____

Схватки: есть/нет через _____ по _____

Выделения из половых путей: _____

Температура _____ °С, Пульс _____ в мин., АД _____ мм. рт.ст., Диурез _____ мл

Дополнительные данные: _____

Окончание транспортировки: дата _____ время _____

(должны совпадать со временем поступления в стационар)

Состояние _____

Схватки: есть/нет через _____ по _____

Выделения из половых путей: _____

Температура _____ °С, Пульс _____ в мин., АД _____ мм. рт.ст., Диурез _____ мл

Сердечная активность плода: _____

Дополнительные данные: _____

Объективную оценку состояния пациентки проводить совместно с принимающим врачом

Медицинский _____ работник, _____ участвующий в транспортировке _____ Ф.И.О.
_____ подпись _____

Врач _____ учреждения, _____ куда переведена _____ пациентка
Ф.И.О. _____ подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на проведение искусственного прерывания беременности
по желанию женщины**

Я, нижеподписавшаяся, _____,

_____ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

медикаментозным методом;

путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

48 часов;

7 дней.

В течение указанного периода:

я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

мне проведено / не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения): "___" _____ 20__ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:

о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

бесплодие;

хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности:

осложнения анестезиологического пособия;

травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент _____ (фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)

Дата " __ " _____ 20__ г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог _____ (имя, отчество, фамилия) _____ (подпись)

Дата " __ " _____ 20__ г.