

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

25.01.2021

№ 55-ор

г. Красноярск

1. В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», учитывая приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», руководствуясь пунктами 3.6, 3.13, 3.17, 3.61, 3.72 Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п, организовать:

оказание медицинской помощи женщинам в период беременности в соответствии с приложением № 1;

маршрутизацию беременных женщин в кабинеты антенатальной охраны плода краевых государственных учреждений здравоохранения для проведения диагностики патологии развития плода и профилактики перинатальных осложнений в соответствии с приложением № 2;

оказание медицинской помощи в консультативной поликлинике и гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» в соответствии с приложением № 3;

оказание медицинской помощи беременным женщинам с патологией развития плода в соответствии с приложением № 4;

оказание медицинской помощи женщинам в период родов и послеродовый период в соответствии с приложением № 5;

оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в соответствии с приложением № 6;

оказание неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным в соответствии с приложением № 7;

оказание специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи женщинам в акушерском реанимационно-консультативном центре краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» в соответствии с приложением № 8;

оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и послеродовый период в соответствии с приложением № 9;

оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с приложением № 10;

оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями в соответствии с приложением № 11;

оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности в соответствии с приложением № 12;

оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным детям на территории определенных районов Красноярского края в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» в соответствии с приложением № 13;

внедрение и ведение форм медицинских документов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее - приказ № 1130н).

2. Главному врачу краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» В.Н. Янину:

организовать оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с настоящим приказом;

обеспечить мониторинг беременных женщин группы высокого риска на территории Красноярского края с использованием подсистемы «Организация оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» государственной информационной системы в сфере здравоохранения Красноярского края (далее - ГИСЗ);

обеспечить мониторинг случаев критических акушерских состояний в соответствии с приложениями № 7 и № 8 к настоящему приказу;

ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края информацию в соответствии с приложениями № 7 и № 8 к настоящему приказу;

обеспечить методическую помощь краевым государственным учреждениям здравоохранения.

3. Главному врачу краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» Т.Ю. Елизаревой:

организовать оказание медицинской помощи в соответствии с настоящим приказом;

обеспечить работу пренатального консилиума с целью определения тактики ведения беременности при выявлении у плода наследственных заболеваний, хромосомных аномалий и патологии развития плода;

организовать кабинет (отделение) антенатальной охраны плода;

обеспечить методическую помощь краевым государственным учреждениям здравоохранения, в том числе по вопросам антенатальной охраны плода;

ежеквартально проводить анализ результатов эффективности антенатальной охраны плода в краевых государственных учреждениях здравоохранения в части своевременного выявления нарушений развития (хромосомных аномалий, пороков развития плода, задержки развития плода), а также риска развития преждевременных родов и преэклампсии с разработкой предложений по предупреждению осложнений беременности и раннему выявлению патологии развития плода;

ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края информацию о результатах эффективности антенатальной охраны плода.

4. Главному врачу краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» Е.Е. Корчагину:

организовать оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с настоящим приказом;

обеспечить амбулаторный прием беременных женщин с соматическими заболеваниями в консультативной поликлинике по направлениям врачей медицинских организаций независимо от форм собственности;

ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края сведения о деятельности кабинета приема беременных женщин с соматическими заболеваниями консультативной поликлиники.

5. Главным врачам краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» Третьякову А.П., краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Канская межрайонная больница» Кудрявцеву А.В., краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница» Есину В.В., краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница» Плиговке Н.И., краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» Поповой Л.Г., исполняющему обязанности главного врача краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1» Морозовой Н.Ю.:

организовать оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с настоящим приказом;

организовать на базе межрайонных кабинетов пренатальной диагностики кабинеты (отделения) антенатальной охраны плода в соответствии с приказом № 1130н и приложением № 1 к настоящему приказу;

проводить ежеквартально анализ результатов эффективности антенатальной охраны плода в части своевременного выявления патологии развития плода (хромосомных аномалий, пороков и задержки развития плода), а также риска развития преждевременных родов и преэклампсии на обслуживаемой территории с разработкой и принятием мер по предупреждению осложнений беременности и раннему выявлению патологии развития плода;

обеспечить мониторинг беременных женщин группы среднего риска с использованием ГИСЗ в соответствии с пунктом 23.1 приложения № 1 к настоящему приказу;

организовать внутренний контроль качества оказания и безопасности медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

6. Главным врачам краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1» Куниловой О.В., краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2» Царюк Е.П., краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5» Ковалевской О.И.:

организовать оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с настоящим приказом;

обеспечить мониторинг беременных женщин группы среднего риска с использованием ГИСЗ в соответствии с пунктом 23.1 приложения № 1 к настоящему приказу;

организовать внутренний контроль качества оказания и безопасности медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

7. Начальнику краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» С.А. Евминенко:

обеспечить техническую поддержку работы ГИСЗ;

обеспечить техническое сопровождение ведения форм медицинских документов, утвержденных приказом № 1130н, в медицинской информационной системе «qMS» и региональной информационно-аналитической медицинской системе «ПроМед».

8. Руководителям краевых государственных учреждений здравоохранения:

организовать оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с настоящим приказом;

разработать и утвердить мероприятия по организации акушерско-гинекологической помощи и листы маршрутизации беременных, рожениц,

родильниц (0-42 суток), женщин после прерывания беременности (0-42 суток) и гинекологических больных на территории обслуживания в соответствии с настоящим приказом;

обеспечить соблюдение этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов и гинекологических больных в трехуровневой системе оказания медицинской помощи;

обеспечить своевременное внесение сведений о беременных женщинах группы среднего и высокого перинатального риска в ГИСЗ, неукоснительное и своевременное соблюдение рекомендаций специалистов;

обеспечить своевременное обращение в акушерский реанимационно-консультативный центр краевого государственного бюджетного учреждения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» при выявлении случаев критических акушерских состояний и направление извещения о критическом акушерском состоянии /случае материнской смерти в соответствии с приложениями № 7 и 8 к настоящему приказу;

обеспечить защиту персональных данных и сведений о пациентах, составляющих врачебную тайну, при их получении, обработке и передаче по защищенному электронному каналу связи VipNet;

организовать внутренний контроль качества оказания и безопасности медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;

обеспечить внедрение и ведение форм медицинских документов, утвержденных приказом № 1130н, в том числе в медицинской информационной системе «qMS» и региональной информационно-аналитической медицинской системе «ПроМед».

9. Предложить руководителям негосударственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология (искусственное прерывание беременности)», «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)»:

организовать оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» с учетом настоящего приказа;

обеспечить мониторинг состояния беременных женщин в ГИСЗ.

10. Предложить главному врачу федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» В.А. Саковичу:

обеспечить оказание медицинской помощи в соответствии с пунктом 1 приложения № 4 к настоящему приказу;

обеспечить участие врача сердечно-сосудистого хирурга (врача-кардиолога) в работе консилиума краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

обеспечить участие врача сердечно-сосудистого хирурга (врача-кардиолога) в работе пренатального консилиума краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр»;

обеспечить консультирование беременных женщин, нуждающихся в хирургическом лечении заболеваний сердца.

11. Предложить Министру здравоохранения Республики Хакасия О.В. Ананьевскому обеспечить направление женщин в период беременности с пороками развития плода, подлежащим хирургическому лечению в краевом государственном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», в соответствии с пунктом 2 приложения № 4 к настоящему приказу.

12. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Красноярского края от 28.08.2015 № 523-орг, от 21.09.2017 № 680-орг, от 16.05.2019 № 634-орг.

13. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Красноярского края М.Ю. Бичурину.




Министр здравоохранения
Красноярского края



Б.М. Немик



Согласовано

Заместитель министра здравоохранения Красноярского края М.Ю. Бичурина	
Начальник юридического отдела министерства здравоохранения Красноярского края Е.А. Толокина	
Начальник отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края Г.З. Слепнева	

Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 25.06.2021 № 55-ор

Мероприятия по организации 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 искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)», «акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий)» или «акушерскому делу» не зависимо от форм собственности.

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

амбулаторный, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами при диспансерном наблюдении в женских консультациях (акушерско-гинекологических кабинетах), при этом в малочисленных населенных пунктах врачи общей практики (семейные врачи), медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий обеспечивают своевременное выявление и направление женщин в период беременности к врачу акушеру-гинекологу в целях постановки на диспансерный учет по беременности и для последующего наблюдения (в назначенные врачом явки) на территории обслуживаемого участка в соответствии с настоящим приложением;

стационарный, осуществляемый:

при наличии акушерской патологии в отделениях патологии беременности родильных домов (отделений) районных, городских и межрайонных больниц, межрайонных родильных домов, краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»;

при соматической патологии, требующей стационарного лечения, в специализированных отделениях краевых государственных учреждений здравоохранения и многопрофильных больниц по профилю заболевания.

3. Руководителями краевых государственных учреждений здравоохранения разрабатываются и утверждаются мероприятия по организации акушерско-гинекологической помощи и листы маршрутизации женщин в случае возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии.

4. При диспансерном наблюдении и физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся: врачом акушером-гинекологом – не менее пяти раз, врачом-терапевтом – не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7 - 10 дней от первичного обращения в женскую консультацию); врачом-стоматологом – не менее одного раза; врачом-офтальмологом не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию); врачами-специалистами по медицинским показаниям с учетом сопутствующей патологии;

врачом генетиком – однократно в группе риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией и /или по результатам скрининга первого триместра (при высоком риске анеуплоидии плода) и/или по результатам УЗИ 1 или 2 триместра при высоком риске хромосомной и генной патологии плода или выявлении пороков развития плода по результатам неинвазивного пренатального скрининга (при высоком риске анеуплоидии плода).

Кардиотокография при нормально протекающей беременности проводится в сроке 32-33 недели беременности и далее с кратностью 1 раз в 2 недели; дополнительно – по медицинским показаниям.

Допплерометрия проводится:

беременным женщинам в 30-34 недели гестации в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений;

беременным женщинам из группы высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений в 18-20 недель беременности.

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 оформляется врачом - акушером-гинекологом до 20 недель беременности.

4.1. Беременным женщинам на сроке гестации 11-14 недель и 19-21 неделя проводится оценка антенатального развития плода в целях выявления/исключения нарушений (задержки роста плода, риска преждевременных родов, риска преэклампсии, хромосомных аномалий (далее - ХА) и пороков развития плода (далее-ПРП). При сроках беременности 30-34 недели проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления поздно манифестирующих ПРП.

Оценка антенатального развития плода проводится в кабинете (отделении) антенатальной охраны плода всем беременным женщинам, проживающим в Красноярском крае, обратившимся за медицинским наблюдением по беременности на сроке до 14 недель. При постановке

беременной женщины на диспансерный учет с ней проводится разъяснительная беседа о необходимости проведения обследования в указанные сроки гестации и определяется дата проведения.

Кабинеты (отделения) антенатальной охраны плода организуются в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр».

Правила организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт его оснащения определены приложениями № 4, № 5, № 6 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130-н (далее - приказ № 1130н).

4.2. На первом этапе при сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второй или третьей группы (уровня) (согласно приложению № 2 к настоящему приказу) для проведения ультразвукового исследования (далее-УЗИ) врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода), и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А(РАРР-А) (далее-А(РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β -ед. ХГЧ) (далее- β -ед. ХГЧ).

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

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11-14 недель беременности согласно приложению № 7 к приказу № 1130н и выдаются на руки пациентке.

Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности (далее-тalon-направление) с данными УЗИ для расчета рисков

хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, оформленным по форме согласно приложению к «Мероприятиям по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности» доставляются из медицинских организаций края (за исключением медицинских организаций на территории города Красноярск и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района) в лабораторию пренатального скрининга краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» не реже 1 раза в 3 дня.

Образцы крови для определения материнских сывороточных маркеров А (РАРР-А) и (св. β -ед. ХГЧ) у беременных женщин, состоящих под наблюдением женских консультаций на территории города Красноярск исследуются в клиничко-биохимической лаборатории краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», беременных женщин, состоящих под наблюдением женских консультаций на территории Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района исследуются в клиничко-биохимической лаборатории краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1».

На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров А (РАРР-А) и (св. β -ед. ХГЧ) и информации талона-направления посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной аномалией, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии.

Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в медицинскую организацию, где проводился первый этап антенатальной оценки состояния плода, в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы (форма 111/у-20) (электронной карте) и выдается на руки пациентке.

В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом - акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения). Беременной женщине проводится консультирование, предоставление рекомендаций по ведению, динамическое дистанционное наблюдение специалиста консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» в ГИСЗ «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

При выявлении у беременных женщин высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА и/или ПРП по результатам скрининга при сроках беременности 11 - 14 недель, жительницы края направляются в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» (за исключением жительниц города Красноярск и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района); жительницы города Красноярск - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», жительницы Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1», имеющие лицензии по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «ультразвуковая диагностика» и «клиническая лабораторная диагностика» и осуществляющие комплексный расчет индивидуального риска, для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ.

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

Аспирация/биопсия ворсин хориона проводится жителям края (за исключением жителей города Красноярск) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр», жителям города Красноярск в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4». Аспирация/биопсия ворсин хориона проводится в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационара.

Полученный материал доставляется в цитогенетическую лабораторию соответствующего учреждения здравоохранения для проведения генетической диагностики, по результатам которой оформляется заключение врача-генетика.

Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет»), размещаются в индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы (форма № 111/у-20) (электронной карте) и выдаются на руки пациентке.

В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП беременная направляется на пренатальный консилиум краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» (далее-Пренатальный консилиум), где беременной предоставляется информация о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского

вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

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

Заключение Пренатального консилиума оформляется и направляется лечащему врачу в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет»), размещается в индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы (форма 111/у-20) (электронной карте) и выдается на руки пациентке.

При выявлении ХА и/или ПРП, не совместимых с жизнью, при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии прерывание беременности до 12 недель беременности осуществляется по месту жительства.

При выявлении в I триместре беременности ХА и/или ПРП, не совместимых с жизнью, и наличии у беременной тяжелой акушерской (включая отягощенный акушерский анамнез, более пяти беременностей, рвота беременных с нарушением водно-электролитного баланса, предлежание хориона) и гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов) на прерывание беременности по медицинским показаниям беременные женщины направляются:

на территории края в гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

на территории города Красноярска в гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»;

на территории города Норильска в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1».

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) в I триместре беременности (до 12 недель) женщины с соматической патологией направляются в гинекологические отделения краевых государственных учреждений здравоохранения, имеющих возможность оказания специализированной, в том числе реанимационной, помощи женщине (при наличии специалистов соответствующего соматического профиля) на территории:

города Ачинска, Ачинского района, города Боготола, Боготольского

района, города Назарово, Назаровского района, города Ужура, Ужурского района, города Шарыпово, Шарыповского района, ЗАТО Солнечный, Бирилюсского района, Большеулуйского района, Козульского района, Тюхтетского района (далее-Западной группы районов) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»;

города Канска, Канского района, Абанского района, Дзержинского района, Иланского района, Ирбейского района, Нижнеингашского района, Тасеевского района (далее-Восточной группы районов) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница»;

города Минусинска, Минусинского района, Ермаковского района, Идринского района, Каратузского района, Краснотуранского района, Курагинского района, Шушенского района (далее-Южной группы районов) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

города Лесосибирска, Казачинского района, Пировского района, Енисейского района, Северо-Енисейского района (далее-Лесосибирская группа районов) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1»;

города Бородино, города Дивногорска, города Сосновоборска, Балахтинского района, Манского района, Новоселовского района, Партизанского района, Рыбинского района, Саянского района, Уярского района, Березовского района, Емельяновского района, Сухобузимского района, Большемуртинского района (далее-Центральная группа районов); Богучанского района, Кежемского района, Мотыгинского района (далее-Богучанская группа районов); Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

города Красноярска в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича».

4.3. На втором этапе при сроке беременности 19-21 неделя беременные женщины с низким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11-14 недель, направляются в кабинет антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второй или третьей группы (уровня) в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу; беременные женщины с высоким риском – жительницы края (за исключением жительниц города Красноярска) - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр», жительницы города Красноярска – в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Красноярский межрайонный родильный дом № 4» с целью проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в сроке беременности 19-21 неделя согласно приложению № 9 к приказу № 1130н.

Беременные женщины при выявлении во II триместре беременности ультразвуковых маркеров ХА, подозрения на ПРП и/или невозможности визуализации анатомических структур плода направляются для уточнения диагноза в кабинеты антенатальной охраны плода на территории Западной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства № 2»; Восточной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница»; Южной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»; Лесосибирской группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»; города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; Центральной, Богучанской группы районов, города Игарки, Туруханского района, Эвенкийского муниципального района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр».

В целях уточнения выявленного ПРП врачи ультразвуковой диагностики кабинетов антенатальной охраны плода краевых государственных учреждений здравоохранения осуществляют телемедицинскую консультацию в режиме онлайн с врачами ультразвуковой диагностики краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико - генетический центр», которые при проведении дифференциальной диагностики патологии плода при наличии медицинских показаний осуществляют телемедицинскую консультацию в режиме онлайн со специалистами ультразвуковой диагностики федеральных государственных учреждений здравоохранения.

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

Инвазивное обследование (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) проводится: в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» жителям края (за исключением жителей города Красноярска); в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» - жителям города Красноярска. Полученный материал доставляется в генетическую лабораторию

соответствующего учреждения здравоохранения для проведения генетической диагностики, по результатам которой оформляется заключение врача-генетика.

В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП Пренатальным консилиумом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» беременной предоставляется информация о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

Заключение Пренатального консилиума оформляется, направляется лечащему врачу в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы (форма 111/у-20) и выдается на руки пациентке.

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

4.4. Заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния плода оформляется Пренатальным консилиумом до 22 недель гестации.

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) женщины на сроке гестации до 22 недель:

при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии направляются в гинекологические отделения краевых государственных учреждений здравоохранения по месту жительства;

при наличии тяжелой акушерской (отягощенный акушерский анамнез, более пяти беременностей, рвота беременных с нарушением водно-электролитного баланса, преэклампсия, предлежание плаценты, низкая плацентация, метаболические нарушения, многоплодная беременность с фетофетальным синдромом) и гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов) направляются:

на территории края в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», кроме жителей города Красноярска;

на территории города Красноярска в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная больница № 4».

Девочки до 17 лет включительно для прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) и при состоянии физиологической незрелости (до достижения возраста 15 лет) на сроке гестации до 22 недель направляются на территории: Западной группы районов в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»; Восточной группы районов в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница»; Южной группы районов в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»; Лесосибирской группы районов в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»; города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; города Красноярска, Центральной группы районов, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4».

4.5. При диспансерном наблюдении женщин в период беременности 30-34 недели ультразвуковое исследование с целью выявления поздно манифестирующих ПРП проводится:

в медицинской организации по месту жительства на территории края (за исключением города Красноярска);

в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» на территории города Красноярска.

В случае выявления/подозрения ПРП беременная женщина направляется на уточняющую диагностику:

жительницы Красноярского края за исключением женщин, состоящих на учете по беременности в женских консультациях на территории города Красноярска и города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр»;

жительницы города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района-в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1».

В случае подтверждения ПРП беременная направляется на Пренатальный консилиум в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» для определения тактики ведения беременности.

4.6. При проведении прерывания беременности в связи с ПРП, в случае

перинатальной смерти проводится верификация диагноза на основе патолого-анатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, а также данных магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии.

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

Заключение о результатах верификации пренатального диагноза после прерывания беременности или рождения ребенка с ПРП или ХА направляется в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в медицинской карте пациента.

4.7. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ПРП или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с настоящим порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

Выбор медицинской организации для родоразрешения определяется с учетом наличия экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины, особенностей течения беременности и наличия в акушерском стационаре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

5. В случае наличия медицинских показаний (по заключению Пренатального консилиума врачей) для хирургической коррекции врожденного порока развития в неонатальном периоде, направление беременных женщин и родоразрешение осуществляется в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду, для проведения фетальной хирургической помощи (по заключению пренатального консилиума врачей) беременная женщина направляется в медицинскую организацию, расположенную за пределами Красноярского края.

6. При наличии врожденных пороков развития у новорожденного, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» проводится консилиум врачей, в состав которого входят: врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач-детский кардиолог и врач-детский хирург (с учетом выявленного порока развития плода).

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Красноярском крае, беременная женщина или новорожденный по заключению консилиума врачей направляется в медицинскую организацию, расположенную за пределами Красноярского края.

7. Задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика осложнений беременности, патологии плода, родов, послеродового периода.

8. Вопрос о возможности вынашивания беременности по заключениям специалистов по профилю заболеваний беременной женщины решается врачом акушером-гинекологом на сроке гестации до 12 недель.

Беременные женщины с соматическими заболеваниями направляются на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» на территории Красноярского края, на специализированный прием к смежному специалисту консультативно-диагностического отделения в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» на территории города Красноярска, в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1» на территории города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района для проведения объема диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса о пролонгировании или прерывании беременности (при наличии медицинских показаний).

Решение о возможности вынашивания беременности принимается и оформляется в виде заключения, врачебной комиссией краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1» согласно с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

8.1. При принятии решения о пролонгировании беременности в период наблюдения проводятся консультации (динамическое наблюдение) по показаниям специалистами по профилю патологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» на территории Красноярского края, консультативно-диагностического отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» на территории города Красноярска, краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1» на территории города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района.

9. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям (соматические заболевания матери) на сроке гестации до 22 недель женщины направляются в краевые государственные учреждения здравоохранения, имеющие возможность оказания специализированной, в том числе реанимационной, помощи (с учетом тяжести соматических заболеваний и при наличии специалистов по профилю заболевания,

по которому определены медицинские показания для прерывания беременности) на территории: Западной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»; Восточной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница»; Южной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»; Лесосибирской группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»; города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; Центральной группы районов, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»; города Красноярска в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича».

10. Правила организации деятельности женской консультации, организации деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации, штатные нормативы персонала женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета), стандарт оснащения женской консультации определены приложениями № 1, № 2, № 3 к приказу № 1130н.

10.1 Женские консультации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - женские консультации (акушерско-гинекологические кабинеты) при районных и городских больницах, оказывающие первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек;

вторая группа (уровень) - женские консультации в составе межрайонных родильных домов, межрайонных центров с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек, а также межрайонных перинатальных центров с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек.

К женским консультациям второй группы относятся женские консультации: № 1, № 2, № 3 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»; № 1, № 2, № 3 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»; № 1, № 2 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»; № 1, № 2, № 3, № 4 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения

«Канская межрайонная больница»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2».

третья группа (уровень) - консультативно-диагностические отделения перинатальных центров, республиканских, краевых, областных, окружных родильных домов, центров охраны материнства и детства.

К учреждениям 3 группы относится консультативная поликлиника краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

11. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с клиническими протоколами, стандартами медицинской помощи.

12. С целью прогнозирования преждевременных родов всем беременным женщинам проводится ультразвуковой скрининг состояния шейки матки (цервикометрия): в 11-14 недель, в 19-21 недель, 28-32 недели.

В группе риска по развитию преждевременных родов ультразвуковой скрининг состояния шейки матки проводится: в 15-16 недель, 18-20 недель, 22- 24 недели, 28- 32 недели и в индивидуально угрожаемые сроки.

Для контроля качества проведения ультразвукового скрининга состояния шейки матки проводится дистанционный мониторинг врачами краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» учреждений здравоохранения края (за исключением учреждений здравоохранения на территории города Красноярска); врачами краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» - учреждений здравоохранения на территории города Красноярска.

13. При угрожающем самопроизвольном выкидыше до 22 недель гестации лечение беременных женщин осуществляется:

группы низкого риска—в краевых государственных учреждениях здравоохранения по месту жительства;

группы среднего риска - на территории: Восточной группы районов -в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница», Южной группы районов – в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», Лесосибирской группы районов –в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

группы среднего риска – на территории Центральной, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки,

Туруханского района в краевых государственных учреждениях здравоохранения по месту жительства;

группы среднего и высокого риска - на территории Западной группы районов-в краевом государственном бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства № 2», города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»;

группы высокого риска-в отделении патологии беременности ранних сроков краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

При угрожающем аборте до 22 недель гестации лечение беременной женщины на территории города Красноярска осуществляется:

группы низкого и среднего риска – в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом №1», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»;

группы высокого риска – в отделении патологии беременности ранних сроков краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

При угрожающем самопроизвольном выкидыше до 22 недель гестации и наличии соматических заболеваний лечение беременных женщин на территории края осуществляется:

группы низкого риска – в гинекологических отделениях краевых государственных учреждений здравоохранения по месту жительства;

группы среднего риска-на территории: Западной группы районов -в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ачинская межрайонная больница», Восточной группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница», Южной группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», Лесосибирской группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», Норильской группы районов и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»;

группы среднего риска – на территории Центральной, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района-в краевых государственных учреждениях здравоохранения по месту жительства;

высокой группы риска-в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница».

При угрожающем аборте до 22 недель и наличии тяжелой соматической патологии, требующей лечения, госпитализация беременной женщины на территории города Красноярска осуществляется в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» в специализированное отделение по профилю патологии.

14. Врачи женских консультаций осуществляют плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

15. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в краевые государственные учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния, не зависимо от срока беременности.

15.1. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина госпитализируется в профильное соматическое отделение краевого государственного учреждения здравоохранения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом:

на сроке гестации свыше 22 недель при наличии соматических заболеваний беременные женщины госпитализируются:

группы низкого риска - в профильные соматические отделения краевых государственных учреждений здравоохранения по месту жительства;

группы среднего риска - на территории: Западной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница», Восточной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», Южной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», Лесосибирской группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1» (в профильные соматические отделения);

группы среднего риска - на территории Центральной, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района - в профильные соматические отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

группы высокого риска - в профильное соматическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница».

При наличии соматической патологии и сроке гестации свыше 22 недель беременные женщины группы низкого, среднего и высокого риска

на территории города Красноярска госпитализируются в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» по профилю соматических заболеваний.

При экстрагенитальной патологии, требующей оказания высокотехнологичной медицинской помощи, женщины в период беременности направляются и госпитализируются в профильное соматическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или в Федеральные государственные учреждения здравоохранения.

15.2. В сроки гестации свыше 22 недель при наличии акушерской патологии беременные женщины госпитализируются:

группы низкого риска – в отделения патологии беременности родильных домов (отделений) краевых государственных учреждений здравоохранения по месту жительства;

группы среднего риска - на территории Восточной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», Южной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», Лесосибирской группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

группы среднего риска - на территории города Красноярска, Центральной, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района в отделения патологии беременности родильного дома краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5» (далее - межрайонные родильные дома города Красноярска) по профилю патологии согласно п. 19 настоящего приложения;

группы среднего и высокого риска - на территории Западной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский центр охраны материнства и детства № 2», города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»;

группы высокого риска - в отделение патологии беременности краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

16. В случаях угрозы преждевременных родов у женщин направление и госпитализация осуществляются:

16.1. на сроке гестации от 22 до 34 недель включительно (при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 15 мм и менее), положительный партус-тест), при не корригируемой истмико-цервикальной недостаточности, преждевременном разрыве плодных оболочек, отсутствии эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, на территории края (за исключением Западной группы районов, Южной группы районов, города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района) - в отделение патологии беременности краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

на сроке гестации от 22 до 37 недель включительно при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки от 25 мм до 15 мм) и на сроке гестации 35-37 недель включительно (при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 15 мм и менее), положительный партус-тест) на территории края (за исключением Западной группы районов, Южной группы районов, города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района) - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2».

16.2. на территории Западной группы районов:

на сроке гестации от 22 до 31 недели включительно (при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 15 мм и менее), положительный партус-тест), при не корригируемой истмико-цервикальной недостаточности, преждевременном разрыве плодных оболочек - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

на сроке гестации от 22 до 31 недели включительно, при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки от 25 мм. до 15 мм.) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»;

на сроке гестации 32 недели и более, при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 25 мм. и менее) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2».

16.3. на территории города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района на сроке гестации от 22 до 37 недель включительно (при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 25 мм. и менее), положительный партус-тест), при преждевременном разрыве плодных оболочек в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»;

16.4. на территории Южной группы районов:

на сроке гестации от 22 до 33 недель включительно, (при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 15 мм. и менее), положительный партус-тест), некорректируемой истмико-цервикальной недостаточности, преждевременном разрыве плодных оболочек, в отделение патологии беременности государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» (по согласованию);

на сроке гестации 34 недели включительно при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 15 мм. и менее) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

на сроке гестации от 22 до 37 недель включительно, при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки от 25 мм. до 15 мм.) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2».

17. При сроке гестации 22 недели и более при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии, совместимой с жизнью и требующей решения вопроса о коррекции, госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», в структуре которого развернуты отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

При наличии тяжелых врожденных пороков развития плода и невозможности оказания необходимой помощи в Красноярском крае беременная женщина направляется для получения высокотехнологичной медицинской помощи в федеральные государственные учреждения здравоохранения.

18. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов исследований, консультаций специалистов, врачом акушером-гинекологом формулируется

полный диагноз, определяется краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения для планового родоразрешения.

Беременная женщина информируется врачом - акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при наличии медицинских показаний) с отметкой в обменной карте беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20).

При наличии в анамнезе беременной родоразрешения путем операции кесарево сечение врачом акушером –гинекологом женской консультации проводится ее консультирование по вопросу возможности родоразрешения (при отсутствии противопоказаний) через естественные родовые пути.

18.1. Направление беременных женщин на родоразрешение (при наличии медицинских показаний) осуществляется:

группы низкого риска – в родильные дома (отделения) краевых государственных учреждений здравоохранения по месту жительства;

группы среднего риска на территории: Восточной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», Южной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», Лесосибирской группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

группы среднего риска на территории Центральной, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района – в межрайонные родильные дома города Красноярска согласно п.19 настоящего приложения;

группы среднего и высокого риска на территории: Западной группы районов - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»;

группы высокого риска (за исключением Западной группы районов, города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» согласно критериям этапности оказания медицинской помощи.

18.2. Направление беременных женщин на территории города Красноярска на родоразрешение (при наличии медицинских показаний) осуществляется:

группы низкого и среднего риска в межрайонные родильные дома города Красноярска;

группы высокого риска - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

18.3. Направление беременных женщин и госпитализация на лечение и родоразрешение в плановом порядке в межрайонные родильные дома города Красноярск и краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» осуществляется после согласования с администрацией краевого государственного учреждения здравоохранения.

19. В межрайонные родильные дома города Красноярск направляются беременные женщины для лечения и родоразрешения:

в родильный дом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» - при наличии заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем (включая сахарный диабет любой степени компенсации);

в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1» с двумя и более рубцами на матке после операций кесарево сечение у женщин на территории Восточной группы районов и города Канска, Южной группы районов и города Минусинска, Лесосибирской группы районов и города Лесосибирска;

в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2» при невынашивании беременности и с преждевременными родами на сроке гестации с 35 до 37 недель включительно;

в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» с заболеваниями органов дыхания, мочеполовой системы, туберкулезом любой локализации без бактериовыделения;

в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5» с гепатитом В и С, с ВИЧ-инфекцией;

19.1. при отсутствии профильного заболевания, осложнений беременности из краевых государственных учреждений здравоохранения с учетом транспортной доступности на территории:

города Сосновоборска, города Бородино, Березовского района, Манского района, Партизанского района, Саянского района, Уярского района, Рыбинского района в родильный дом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»;

города Дивногорска, Балахтинского района, Новоселовского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»;

Емельяновского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»;

Сухобузимского района, Большемууртинского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»;

Богучанского района, Кежемского района, Мотыгинского района, Туруханского района, города Игарки, Эвенкийского муниципального района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»;

19.2. при отсутствии профильного заболевания и осложнений беременности на территории города Красноярска:

мкн. Солнечный и Северный, за исключением нечетных номеров домов по ул. 9 Мая, в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»;

Советского района, кроме мкн. Солнечный и Северный, включая нечетные номера домов по ул. 9 Мая в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»;

Кировского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»;

Октябрьского, Железнодорожного, Центрального и Свердловского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»;

Ленинского района в родильный дом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона».

20. При сочетании осложнений беременности и тяжелой экстрагенитальной патологии беременные женщины направляются на родоразрешение в специализированные отделения многопрофильных больниц и специализированные учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния:

в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» на территории Красноярского края;

в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона»; в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» на территории города Красноярска.

20.1. При сочетании осложнений беременности и тяжелых онкологических заболеваний беременные женщины направляются на родоразрешение в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

20.2. При сочетании осложнений беременности и туберкулеза любой локализации беременные женщины направляются на родоразрешение:

группы высокого риска и при наличии бактериовыделения – в мельцеровский бокс краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

группы среднего риска и при отсутствии бактериовыделения – в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4».

После родоразрешения родильницы с туберкулезом переводятся (при наличии медицинских показаний) в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1» для проведения специфического лечения и дальнейшего наблюдения.

21. Для оказания стационарной медицинской помощи беременные женщины, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, и не имеющие прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающиеся в медицинском наблюдении направляются на госпитализацию на койки акушерского ухода для беременных женщин.

Койки акушерского ухода для беременных женщин предназначаются для проведения курса обследования и лечения, направленного на предупреждение осложнений беременности, а также проведения оздоровительных мероприятий женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, нуждающимся в медицинской помощи и социальном уходе.

Койки (отделение) акушерского ухода для беременных женщин организуются: в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5», родильном доме краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1».

Госпитализация на койку акушерского ухода осуществляется в плановом порядке по согласованию с администрацией учреждения.

21.1. Правила организации деятельности коек (отделения) акушерского ухода для беременных женщин, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения отделения акушерского ухода для беременных женщин определены приложениями № 10, № 11, № 12 к Порядку, утвержденному приказом МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н.

22. Беременные женщины на сроке до 22 недель (за исключением проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности) и в послеродовой период, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, не требующей круглосуточного пребывания в медицинской организации, направляются в дневные стационары.

Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки.

При наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в условиях дневного стационара, пациент направляется для оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях.

22.1. Правила организации деятельности дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии определены приложениями № 13, № 14, № 15 к приказу № 1130н.

23. Маршрутизация женщин в период беременности и родов осуществляется в следующем порядке.

23.1 Оказание амбулаторной помощи при диспансерном наблюдении женщин в период беременности, включая дистанционное динамическое наблюдение в ГИСЗ «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (далее-дистанционное динамическое наблюдение) в краевых государственных учреждениях здравоохранения (далее-КГБУЗ):

КГБУЗ, где оказывается консультативная помощь, дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин группы высокого риска	КГБУЗ, где проводится дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин группы среднего риска	КГБУЗ, где проводится диспансерное наблюдение женщин в период беременности, проживающих на территории соответствующего муниципального образования)
КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», консультативная поликлиника	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»
		КГБУЗ «Бирилюсская районная больница»
		КГБУЗ «Большеулуйская районная больница»
		КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»
		КГБУЗ «Козульская районная больница»
		КГБУЗ «Назаровская районная больница»
		КГБУЗ «Тюхтетская районная больница»
		КГБУЗ «Ужурская районная больница»
		КГБУЗ «Шарыповская городская больница»

	КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края»	
КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	
	КГБУЗ «Абанская районная больница»	
	КГБУЗ «Дзержинская районная больница»	
	КГБУЗ «Иланская районная больница»	
	КГБУЗ «Ирбейская районная больница»	
	КГБУЗ «Нижеингашская районная больница»	
	КГБУЗ «Тасеевская районная больница»	
КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	
	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»	
	КГБУЗ «Идринская районная больница»	
	КГБУЗ «Каратузская районная больница»	
	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»	
	КГБУЗ «Курагинская районная больница»	
КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	КГБУЗ «Шушенская районная больница»	
	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	
	КГБУЗ «Казачинская районная больница»	
	КГБУЗ «Пировская районная больница»	
	КГБУЗ «Енисейская районная больница»	
КГБУЗ «Норильская межрайонная больница №1»	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»	
	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1» (город Норильск, включая Снежногорск)	
	КГБУЗ «Норильская городская поликлиника № 3» (район Кайеркан города Норильска)	
	КГБУЗ «Норильская городская поликлиника № 2» (район Талнах города Норильска)	
	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»	
	КГБУЗ «Таймырская районная больница №1»	
	КГБУЗ «Игарская городская больница»	
КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	КГБУЗ «Туруханская районная больница»	
	КГБУЗ «Богучанская районная больница», КГБУЗ «Мотыгинская районная больница», КГБУЗ «Кежемская районная больница», КГБУЗ «Туринская межрайонная больница», КГБУЗ «Байкитская районная больница №1», КГБУЗ «Ванаварская районная больница №2»	
	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница», КГБУЗ «Бородинская городская больница»
		КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»
		КГБУЗ «Манская районная больница», КГБУЗ «Уярская районная больница», КГБУЗ «Рыбинская районная больница»
		КГБУЗ «Березовская районная больница»
КГБУЗ «Березовская районная больница»		

	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»	КГБУЗ «Балахтинская районная больница» КГБУЗ «Новоселовская районная больница» КГБУЗ «Партизанская районная больница», КГБУЗ «Саянская районная больница», КГБУЗ «Большемуртинская районная больница» КГБУЗ «Сухобужимская районная больница»
	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»	КГБУЗ «Емельяновская районная больница» Филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51» ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России»

23.2. Оказание стационарной медицинской помощи беременным женщинам при лечении и родоразрешении в краевых государственных учреждениях здравоохранения (далее- КГБУЗ):

Муниципальное образование, муниципальный район городской округ	Учреждение здравоохранения для оказания стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов	Направление женщин в период беременности и родов с учетом степени перинатального риска согласно критериям этапности оказания медицинской помощи
Западная группа районов		
город Ачинск, Ачинский район, Бирилюсский район, Козульский район, Тюхтетский район, Большеулуйский район	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	группа низкого риска, группа среднего риска, группа высокого риска
город Боготол, Боготольский район	КГБУЗ «Боготольская межрайонная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	группа среднего риска, группа высокого риска
город Назарово, Назаровский район	КГБУЗ «Назаровская районная больница»	группа низкого риска,
	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	группа среднего риска, группа высокого риска
город Ужур, Ужурский район, ЗАТО Солнечный	КГБУЗ «Ужурская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	группа среднего риска, группа высокого риска
город Шарыпово, Шарыповский район	КГБУЗ «Шарыповская городская больница»	группа низкого риска,
	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»	группа высокого риска, группа среднего риска

Восточная группа районов		
город Канск, Канский район	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	группа низкого риска, группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Абанский район	КГБУЗ «Абанская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Дзержинский район, Иланский район, Ирбейский район, Нижеингашский район	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Тассевский район	КГБУЗ «Тассевская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Южная группа районов		
город Минусинск, Минусинский район	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	группа низкого риска, группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Ермаковский район	КГБУЗ «Ермаковская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»,	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Идринский район	КГБУЗ «Идринская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»,	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Каратузский район	КГБУЗ «Каратузская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Краснотуранский район	КГБУЗ «Краснотуранская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Курагинский район	КГБУЗ «Курагинская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска

Шушенский район	КГБУЗ «Шушенская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Лесосибирская группа районов		
город Лесосибирск	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Казачинский район	КГБУЗ «Казачинская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Пировский район	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Енисейский район	КГБУЗ «Енисейская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Северо-Енисейский район	КГБУЗ «Северо-Енисейская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Город Норильск, Таймырский муниципальный район		
город Норильск	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	группа низкого риска, группа среднего риска, группа высокого риска
Таймырский муниципальный район	КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница», КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница №1»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1»	группа среднего риска группа высокого риска
Эвенкийский муниципальный район		
Эвенкийский муниципальный район,	КГБУЗ «Туринская межрайонная больница», КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1», КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Богучанская группа районов, Туруханский район, город Игарка		
Богучанский район, Кежемский район, Мотыгинский район,	КГБУЗ «Богучанская районная больница», КГБУЗ «Мотыгинская районная больница», КГБУЗ «Кежемская районная больница»,	группа низкого риска

Туруханский район, город Игарка	КГБУЗ «Туруханская районная больница», КГБУЗ «Игарская городская больница»	
	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Центральная группа районов		
город Сосновоборск	КГБУЗ «Сосновоборская городская больница»	группа низкого риска
	родильный дом КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
город Бородино, Партизанский район, Саянский район, Уярский район, Рыбинский район	КГБУЗ «Бородинская городская больница», КГБУЗ «Партизанская районная больница», КГБУЗ «Саянская районная больница», КГБУЗ «Уярская районная больница», КГБУЗ «Рыбинская районная больница»	группа низкого риска
	родильный дом КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Манский район	родильный дом КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Балахтинский район, Новоселовский район	КГБУЗ «Балахтинская районная больница» КГБУЗ «Новоселовская районная больница»	группа низкого риска
	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»	группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
город Дивногорск,	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Емельяновский район	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Сухобузимский район, Большемуртинский район	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
Березовский район	родильный дом КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска

ЗАТО город Железногорск	Филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
ЗАТО город Зеленогорск	ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска
город Красноярск	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом №1», КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2», КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5», КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	группа низкого риска группа среднего риска
	КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»	группа высокого риска

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение к Мероприятиям
по организации оказания медицинской
помощи женщинам в период
беременности

Талон – направление в кабинет антенатальной охраны плода
на исследование материнских сывороточных маркеров PAPP-A и св.В-ХГЧ у женщины
в 11 – 14 недель беременности с данными УЗИ для расчёта рисков хромосомных
аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии

штрих-код

Данные о пациентке (заполняются по месту наблюдения беременной женщины)

ФИО беременной: _____ (заполнять только полностью и печатными буквами)	
Дата рождения: _____ г. число месяц	Номер карты беременной: _____
Адрес проживания: Район: _____ Нас. Пункт _____ Улица: _____ Дом: _____ Квартира _____ Телефон: _____ Профессия: _____	
Страховая орг-ция _____ Сер. и № страх.полиса _____	
МБУЗ: _____ Город: _____ Номер Ж/К: _____	
ФИО врача: _____ Конт.тел. врача/моб.: _____	
АНАМНЕЗ:	Первый день последней менструации: (день, месяц, год) Информация: <input type="checkbox"/> точная; <input type="checkbox"/> сомнительная, <input type="checkbox"/> цикл регулярный; <input type="checkbox"/> НМЦ.
Количество беременностей (всего) _____	Исход предыдущих беременностей (указать количество): ___ здоровый ребенок; ___ смерть ребенка в первые 5 дней жизни; ___ мертворождения; ___ самопроизвольные аборты на ранних сроках беременности; ___ замершая беременность. Количество беременностей прогрессирующих более 24 недель _____ Количество беременностей завершившихся в 16-30 недель _____
Количество родов (всего) _____	Количество преждевременных родов: в сроки 22-30 недель: _____; в сроки 31-36 недель: _____ Количество родов после 37 недель: _____
Курение: <input type="checkbox"/> да; <input type="checkbox"/> нет	Сахарный диабет: <input type="checkbox"/> нет; <input type="checkbox"/> 1 тип; <input type="checkbox"/> 2 тип; <input type="checkbox"/> гестационный Этническая группа: <input type="checkbox"/> белая раса; <input type="checkbox"/> негроидная раса; <input type="checkbox"/> южная азия; <input type="checkbox"/> восточная азия; <input type="checkbox"/> другое
<input type="checkbox"/> хроническая гипертензия; <input type="checkbox"/> системная красная волчанка; <input type="checkbox"/> антифосфолипидный синдром; <input type="checkbox"/> преэклампсия при предыдущей беременности; <input type="checkbox"/> дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности (для повторнородящих); <input type="checkbox"/> преэклампсия у матери пациентки в анамнезе	
Зачатие: <input type="checkbox"/> естественное; <input type="checkbox"/> индукция овуляции; <input type="checkbox"/> вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)	
Вспомогательные репродуктивные технологии: <input type="checkbox"/> инсеминация спермой мужа; <input type="checkbox"/> инсеминация донорская; <input type="checkbox"/> ЭКО; <input type="checkbox"/> GIFT; <input type="checkbox"/> ICSI, <input type="checkbox"/> ZIFT, <input type="checkbox"/> другое если ЭКО, то укажите: <input type="checkbox"/> обычное (дата забора яйцеклетки _____, дата переноса _____); <input type="checkbox"/> донорский сперматозоид; <input type="checkbox"/> замороженная яйцеклетка (дата заморозки _____, указать возраст матери на момент криоконсервации _____ лет); <input type="checkbox"/> донорская яйцеклетка (дата забора яйцеклетки _____, указать возраст донора на период консервации _____ лет); <input type="checkbox"/> донорский эмбрион (дата забора яйцеклетки _____, указать возраст донора на период консервации _____ лет)/	
Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребёнка: <input type="checkbox"/> трисомия 21; <input type="checkbox"/> трисомия 18; <input type="checkbox"/> трисомия 13	

Данные об обследовании

(заполняются в кабинете антенатальной охраны плода (КАОП))

<p style="text-align: center;">Измерение артериального давления <i>(одномоментно на обеих руках, с промежутком в 5 минут между измерениями)</i></p>	1 измерение: А/Д на правой руке _____ А/Д на левой руке _____ 2 измерение: А/Д на правой руке _____ А/Д на левой руке _____ <i>(при гипертонической болезни или в случае больших различий между 1 и 2 измерениями проводить 3-е измерение)</i> 3 измерение: А/Д на правой руке _____ А/Д на левой руке _____		
УЗИ:	Дата: _____ 20__ г.	МБУЗ: _____ Адрес: _____	Врач УЗИ (ФИО): _____ FMF ID: _____
Многоплодная беременность: <input type="checkbox"/> да; <input type="checkbox"/> нет		Количество плодов: _____	
Для многоплодной беременности указать: <input type="checkbox"/> монохориальная; <input type="checkbox"/> дихориальная			
Плод 1:			
ЧСС (уд/мин): _____; КТР (мм): _____; ТВП (мм): _____; Носовая кость: _____; ПИ венозного протока _____; Трикуспидальная регургитация: Норма / Реверс <i>(указать)</i> . Комментарии (указать эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис _____ мм,			
Плод 2:			
ЧСС (уд/мин): _____; КТР (мм): _____; ТВП (мм): _____; Носовая кость: _____; ПИ венозного протока _____; Трикуспидальная регургитация: Норма / Реверс <i>(указать)</i> . Комментарии (указать эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис _____ мм,			
Плод 3:			
ЧСС (уд/мин): _____; КТР (мм): _____; ТВП (мм): _____; Носовая кость: _____; ПИ венозного протока _____; Трикуспидальная регургитация: Норма / Реверс <i>(указать)</i> . Комментарии (указать эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис _____ мм,			
Шейка матки (цервикометрия) _____ мм; ПИ в маточных артериях: слева _____, справа _____			
Биохимический скрининг:		Дата взятия крови: _____ 20__ г.	
Рост _____ см Вес беременной в день взятия крови _____ кг		Место для наклейки со штрих-кодом	
ФИО и подпись медсестры ОК ПД: _____ М.П. и подпись врача кабинета антенатальной охраны плода (КАОП) _____ Штамп КАОП			

Примечание: Талон из кабинета антенатальной охраны плода (КАОП) передается в лабораторию пренатального биохимического скрининга вместе с образцом крови беременной женщины для исследования материнских сывороточных маркеров PAPP-A и св. В-ХГЧ с последующим расчётом индивидуального риска хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии и статистического учёта случаев ПД

Приложение № 2
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 25.01.2021 № 55-орп

**Маршрутизация беременных женщин
в кабинеты антенатальной охраны плода краевых государственных
учреждений здравоохранения для проведения диагностики патологии
развития плода и профилактики перинатальных осложнений**

Муниципальные образования	Учреждение здравоохранения, где проводится ультразвуковая диагностика нарушений развития ребенка и забор образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров А (РАРР-А) и (св. β-ед. ХГЧ), измерение роста, веса, артериального давления беременной в I триместре беременности и проведение ультразвуковой диагностики нарушений развития ребенка во II триместре беременности ¹	Учреждение здравоохранения (соответствующего муниципального образования)
Город Красноярск	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» кабинет (отделение) антенатальной охраны плода)	КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 1» КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 2» КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 5»
город Ачинск, Ачинский район, Бирилюсский район, Большеулуйский район, город Боготол, Козульский район, город Назарово, Назаровский район, город Шарыпово, Шарыповский район, Тюхтетский район, Ужурский район, ЗАТО «Солнечный»	КГБУЗ «Краевой клинический центр охраны материнства и детства № 2» (кабинет антенатальной охраны плода)	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» КГБУЗ «Бирилюсская РБ» КГБУЗ «Большеулуйская РБ» КГБУЗ «Боготольская ГБ» КГБУЗ «Козульская РБ» КГБУЗ «Назаровская РБ» КГБУЗ «Тюхтетская РБ» КГБУЗ «Ужурская РБ» КГБУЗ «Шарыповская ГБ» КГБУЗ «Городская больница № 2» ЗАТО Солнечный

город Канск, Канский район, Абанский район, Дзержинский район, Иланский район, Ирбейский район, Тасеевский район Нижеингашский район,	КГБУЗ «Канская межрайонная больница» (кабинет антенатальной охраны плода)	КГБУЗ «Канская межрайонная больница»
		КГБУЗ «Абанская РБ»
		КГБУЗ «Дзержинская РБ»
		КГБУЗ «Иланская РБ»
		КГБУЗ «Ирбейская РБ»
		КГБУЗ «Тасеевская РБ»
город Минусинск, Минусинский район, Ермаковский район, Идринский район, Каратузский район, Курагинский район, Шушенский район Краснотуранский район,	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница» (кабинет антенатальной охраны плода)	КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница»
		КГБУЗ «Ермаковская РБ»
		КГБУЗ «Идринская РБ»
		КГБУЗ «Каратузская РБ»
		КГБУЗ «Краснотуранская РБ»
		КГБУЗ «Шушенская РБ»
город Лесосибирск, Казачинский район, Пировский район, Енисейский район	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница» (кабинет антенатальной охраны плода)	КГБУЗ «Лесосибирская межрайонная больница»
		КГБУЗ «Казачинская РБ»
		КГБУЗ «Пировская РБ»
город Норильск	КГБУЗ «Норильская межрайонная больница № 1» (кабинет антенатальной охраны плода)	КГБУЗ «Норильская МРБ № 1» (включая район Снежногорска)
		КГБУЗ «Норильская ГП № 3» (район Кайеркан)
		КГБУЗ «Норильская ГП № 2» (район Талнах)
город Бородино, город Дивногорск, город Сосновоборск Березовский район, Манский район, Рыбинский район, Мотыгинский район, Саянский район, Уярский район, Партизанский район Северо-Енисейский район, Емельяновский район, Большемуртинский район, Новоселовский район, Сухобузимский район	КГБУЗ «Красноярский краевой медико-генетический центр» (кабинет (отделение) антенатальной охраны плода)	КГБУЗ «Бородинская ГБ»
		КГБУЗ «Дивногорская МРБ»
		КГБУЗ «Сосновоборская ГБ»
		КГБУЗ «Березовская РБ»
		КГБУЗ «Большемуртинская РБ»
		КГБУЗ «Емельяновская РБ»
		КГБУЗ «Манская РБ»
		КГБУЗ «Партизанская РБ»
		КГБУЗ «Рыбинская РБ»
		КГБУЗ «Новоселовская РБ»
		КГБУЗ «Мотыгинская РБ»
		КГБУЗ «Северо-Енисейская РБ»
		КГБУЗ «Саянская РБ»
КГБУЗ «Сухобузимская РБ»		
КГБУЗ «Уярская РБ а»		
ЗАТО город Железногорск	Филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51»	Филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51»

ЗАТО город Зеленогорск	ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России»	ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России»
---------------------------	---	---

на территории Богучанского, Кежемского, Балахтинского, Туруханского районов, Эвенкийского муниципального района, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района и города Игарка проведение ультразвуковой диагностики нарушений развития ребенка и забор образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров А (РАРР-А) и (св. β -ед. ХГЧ), а также измерение роста, веса, артериального давления в I триместре беременности и ультразвуковой диагностики нарушений развития ребенка во II триместре беременности проводится в КГБУЗ «Богучанская районная больница», КГБУЗ «Кежемская районная больница», КГБУЗ Балахтинская районная больница», КГБУЗ «Туруханская районная больница», КГБУЗ «Туринская межрайонная больница», КГБУЗ «Ванаварская районная больница № 2», КГБУЗ «Байкитская районная больница № 1», КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница», КГБУЗ «Таймырская районная больница № 1», КГБУЗ «Игарская городская больница» соответствующих муниципальных образований.

Заместитель министра
здравоохранения Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 25.01.2021 № 55-ор

**Мероприятия по организации
медицинской помощи в консультативной поликлинике
и гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного
учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический
центр охраны материнства и детства»**

I Мероприятия по организации оказания медицинской помощи
в консультативной поликлинике краевого государственного бюджетного
учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр
охраны материнства и детства» (далее - консультативная поликлиника,
перинатальный центр)

1. Медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление
медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ
(оказание услуг) по «акушерству и гинекологии (искусственному
прерыванию беременности)», «акушерству и гинекологии (за исключением
использования вспомогательных репродуктивных технологий
и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии
(использованию вспомогательных репродуктивных технологий)»
не зависимо от форм собственности, направляют пациентов группы высокого
риска в консультативную поликлинику перинатального центра
для получения специализированной медицинской помощи.

2. Вопросы организации деятельности консультативной поликлиники
перинатального центра, штатные нормативы, стандарт оснащения
регулируются приложениями № 19, № 20, № 21 к Порядку оказания
медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»,
утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской
Федерации от 20.10.2020 № 1130н (далее – приказ № 1130н).

3. На консультацию к врачу акушеру-гинекологу консультативной
поликлиники перинатального центра направляются:

3.1. Беременные женщины группы высокого риска с: привычным
невынашиванием, наличием в анамнезе: случаев перинатальной смерти,
рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и родовыми травмами,
рождения детей с высокой и низкой массой тела, преэклампсии, эклампсии,
акушерских кровотечений, септических осложнений после родов
и абортов; инвазивным вмешательством (эмболизация маточных артерий)
в анамнезе; предлежанием плаценты, подтвержденным при ультразвуковом
исследовании, на сроке гестации 34-36 недель; холестазом беременных;
кесаревым сечением в анамнезе при наличии признаков несостоятельности
рубца на матке и рубцом на матке после корпорального кесарева сечения;
рубцом на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки

при наличии несостоятельности рубца; рубцом на матке после двух и более операций кесарева сечения; врастанием плаценты в область рубца на матке после операции кесарево сечение, консервативной миомэктомии или перфорации матки; планированием родоразрешения женщины с рубцом на матке естественным путем; миомой матки больших размеров (узел 7 см. и более) и/или множественными узлами; реконструктивно-пластическими операциями на половых органах в анамнезе, в том числе по поводу разрывов промежности III–IV степени при предыдущих родах; задержкой внутриутробного роста плода II–III степени; изоиммунизацией при беременности (Rh-конфликт, ABO-конфликт); наличием у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции; метаболическими заболеваниями плода (требующими лечения сразу после рождения); водянкой плода; патологией пуповины, плаценты, плацентарными нарушениями; тяжелым много- и маловодием; беременностью после лечения бесплодия любого генеза, беременностью после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона; синдромом потери плода в анамнезе; с биохимическими отклонениями, выявленными при антенатальном обследовании матери; пузырьный заносом в анамнезе, приемом тератогенных препаратов в период настоящей беременности.

3.2. Беременные женщины группы высокого риска, имеющие акушерскую патологию, определяющую тяжесть состояния, при наличии соматической патологии: заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия); тромбозы, тромбоземболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности; заболевания органов дыхания, не сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности; диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром; заболевания почек, не сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии, гломерулонефрит; системные заболевания соединительной ткани (системные васкулиты, системная красная волчанка, системная склеродермия); заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени); заболевания крови (гемолитическая и апластическая 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; гематологические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери.

3.3. Женщины при планировании беременности (с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом) и с гинекологическими заболеваниями: женское бесплодие, обусловленное отсутствием овуляции, трубным, маточным или цервикальным происхождением, или бесплодие обусловленное мужскими факторами; привычное невынашивание беременности; эндометриоз матки, яичников, маточной трубы, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища, других локализаций; миома матки любой локализации, в том числе после инвазивного вмешательства – эмболизации маточных артерий; гиперпластические процессы в репродуктивном возрасте (полип тела матки, шейки матки, влагалища и вульвы, железистая гиперплазия эндометрия, аденоматозная гиперплазия эндометрия); нарушение менструального цикла по типу первичной и вторичной аменореи, первичной и вторичной олигоменореи, первичной и вторичной дисменореи, менометроррагии (обильные, частые и нерегулярные менструации); врожденные аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб и широких связок: агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, двурогая матка, однорогая матка, агенезия и аплазия шейки матки, эмбриональная киста шейки матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, другие врожденные аномалии тела и шейки матки, девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище, сращение губ; аномалии половых хромосом, включая синдром Шерешевского-Тернера, чистый гонадный дисгенез; гиперпролактинемия; гипофункция и другие нарушения гипофиза: гипопитуитаризм; дисфункция яичников: избыток эстрогенов, избыток андрогенов, синдром поликистоза яичников, первичная яичниковая недостаточность; нарушения полового созревания: задержка полового созревания, преждевременное половое созревание; синдром андрогенной резистентности; адреногенитальные расстройства: адреногенитальные синдромы, вирилизация или феминизация, приобретенные или обусловленные гиперплазией надпочечников, вследствие врожденных ферментативных дефектов в синтезе гормонов вирилизация (женская); адреналовый ложный гермафродитизм; гетеросексуальная преждевременная ложная половая зрелость; врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов.

4. Беременные женщины, имеющие соматическую патологию, определяющую тяжесть состояния пациента, направляются в кабинет приема беременных женщин с соматическими заболеваниями консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница».

5. На консультацию к акушеру-гинекологу, прошедшему тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, в консультативную поликлинику перинатального центра направляются девочки в возрасте от 0 до 17 лет включительно:

5.1. с гинекологическими заболеваниями: врождённые аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб, широких связок, агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище, сращение губ для оперативного лечения; воспалительные заболевания половых органов: вульвиты и вульвовагиниты специфической и неспецифической этиологии, рецидивирующие; опухоли яичников, вульвы, вагины, матки, требующие хирургического лечения; эндометриоз; ювенильные кровотечения; дисменорея; нарушения менструации на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии; пороками развития мочевыводящих путей; первичные нарушения в системе гемостаза; вторичное повреждение гипоталамо-гипофизарной связи опухолью, травмой, хирургическим вмешательством;

5.2. в случаях, когда отсутствует возможность поставить диагноз; имеется необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза; отсутствует эффект от проводимой терапии; при подозрении на наличие пороков развития и нарушения полового развития.

6. На консультацию к врачу офтальмологу консультативной поликлиники направляются женщины с заболеваниями органов зрения при планировании беременности и в период беременности с целью определения тактики ведения и определения рекомендаций о методе родоразрешения.

7. На консультацию к врачу гематологу направляются женщины планирующие беременность и беременные женщины с заболеваниями крови (тромбофилии, гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, гемобластозы, врожденные дефекты свертывающей системы крови).

8. Медицинская помощь в консультативной поликлинике перинатального центра оказывается пациентам при предъявлении: документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт, вид на жительство или разрешение на временное проживание у иностранных граждан); страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования пациента; СНИЛС; направления (форма № 057/у-04), подписанного председателем врачебной комиссии учреждения здравоохранения и заверенного печатью учреждения здравоохранения; выписки (форма № 027/у) из медицинской карты беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях (форма № 096/1у-20), карты пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы (форма № 111/у-20); обменной карты беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20 (при наличии)); результатов диагностических исследований в оригинале или в электронном варианте (сканированные диагностические исследования); копии электронного уведомления

(маршрутного листа) консультативной поликлиники перинатального центра о дате и времени назначенного приема врача для оказания медицинской помощи.

9. Предварительная запись пациентов в консультативную поликлинику перинатального центра осуществляется медицинскими организациями, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь, не зависимо от формы собственности, путем направления соответствующего запроса с прикреплением копий медицинских заключений и направления на консультацию по электронному адресу: registr_kppc@pericentr.ru в медицинской информационной системе qMS (или защищенному каналу) или по телефону регистратуры консультативной поликлиники перинатального центра 8 (391) 222-02-66. Ответ с указанием времени и даты медицинской консультации направляется ответственным работником регистратуры в течение одного рабочего дня со дня получения запроса.

10. При обращении в консультативную поликлинику пациента, нуждающегося в оказании медицинской помощи в экстренном порядке, помощь оказывается незамедлительно, не зависимо от наличия/отсутствия медицинского страхового полиса и документов, удостоверяющих личность.

11. При наличии медицинских показаний для проведения дополнительного обследования пациенту выдается направление на диагностическое обследование в консультативной поликлинике перинатального центра.

12. По результатам оказанной медицинской помощи пациенту, врач консультативной поликлиники перинатального центра: выдает медицинское заключение, с указанием диагноза и рекомендаций по дальнейшему лечению, наблюдению и реабилитации; принимает решение о необходимости оказания медицинской помощи в условиях стационара перинатального центра.

13. Направление на плановую госпитализацию пациентов в гинекологическое отделение перинатального центра осуществляется при наличии медицинских показаний по заключению врача акушера-гинеколога консультативной поликлиники перинатального центра после согласования с заведующим профильного отделения перинатального центра с определением даты госпитализации и внесением информации в программу плановой госпитализации и медицинскую карту пациента, получающего амбулаторную медицинскую помощь.

14. В случае обращения женщины в консультативную поликлинику перинатального центра и необходимости госпитализации в экстренном порядке в профильное отделение, врач акушер-гинеколог оформляет запись в амбулаторной карте и направляет пациентку в приёмное отделение перинатального центра.

II. Мероприятия по организации дистанционного динамического наблюдения за течением беременности женщин группы высокого и среднего риска в учреждениях здравоохранения Красноярского края.

1. За состоянием беременных женщин группы высокого и среднего риска, состоящих на диспансерном учете по беременности в учреждениях здравоохранения, осуществляется дистанционное динамическое наблюдение в подсистеме государственной информационной системы в сфере здравоохранения «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» (далее - ГИСЗ «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»).

2. Врач акушер-гинеколог учреждения здравоохранения при постановке на диспансерное наблюдение беременной женщины в женской консультации заносит в ГИСЗ «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» сведения о каждой пациентке, с последующим определением группы перинатального и материнского риска.

3. При выявлении у беременной женщины группы высокого риска диспансерное наблюдение осуществляется совместно со специалистами консультативной поликлиники перинатального центра путем дистанционного динамического наблюдения.

При выявлении у беременной женщины группы среднего риска диспансерное наблюдение осуществляется совместно со специалистами межрайонных центров/межрайонных родильных домов на территории города Красноярск путем дистанционного динамического наблюдения.

4. Врач акушер-гинеколог учреждения здравоохранения при первом посещении женской консультации беременной женщины группы высокого или среднего риска заполняет формализованную историю болезни (далее-ФИБ) в ГИСЗ «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» и направляет в консультативную поликлинику перинатального центра или межрайонного центра /межрайонного родильного дома на территории города Красноярск с учетом группы перинатального риска.

5. Врач акушер-гинеколог консультативной поликлиники перинатального центра или межрайонного центра/межрайонного родильного дома города Красноярск, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение (далее-врач, осуществляющий дистанционное наблюдение) беременной женщины, на основании данных ФИБ осуществляет консультацию и дает рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременной с учетом клинической ситуации, заполняет ФИБ, и определяет дату следующей консультации.

Внесение данных беременной женщины в ГИСЗ «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» проводится вне зависимости от степени выявленного риска не реже, чем через 7-10 дней после первого обращения; 1 раза в месяц до 28 недель беременности; 2-х раз в месяц с 28 недель до 36 недель беременности; 1 раза в неделю после 36 недель беременности.

6. При каждой последующей консультации врач, осуществляющий дистанционное наблюдение, и врач женской консультации учреждения здравоохранения вносят сведения о беременной женщине в ГИСЗ

«Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» и заполняют ФИБ, которая клеивается в индивидуальную медицинскую карту беременной и родильницы (форма № 111/у-20).

7. Не позднее срока беременности 36 недель врач, осуществляющий дистанционное наблюдение, определяет срок и учреждение здравоохранения для родоразрешения беременной женщины, информирует лечащего врача акушера-гинеколога учреждения здравоохранения, заносит данные в ФИБ.

8. Дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин группы высокого риска и группы среднего риска осуществляется в соответствии с пунктом 23.1 приложения № 1 к настоящему приказу.

9. Информация о женщинах, состоящих на дистанционном динамическом наблюдении в межрайонном центре/межрайонном родильном доме в ГИСЗ «Организация оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» предоставляется ответственным сотрудником учреждения заведующему консультативной поликлиникой краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», который осуществляет свод по краю, анализирует показатели и направляет ежемесячно информацию консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края в соответствии с приложением к Мероприятиям по организации медицинской помощи в консультативной поликлинике и гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

III Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее- гинекологическое отделение, перинатальный центр)

1. Медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)», «акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий)» не зависимо от формы собственности, направляют в консультативную поликлинику перинатального центра женщин с гинекологическими заболеваниями для уточнения медицинских показаний и направления на госпитализацию для оказания плановой медицинской помощи в гинекологическом отделении перинатального центра.

2. На стационарное лечение в гинекологическое отделение перинатального центра направляются женщины репродуктивного возраста с гинекологическими заболеваниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы при отсутствии тяжёлой соматической патологии и воспалительных заболеваний.

3. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологическое отделение перинатального центра с целью оказания плановой медицинской помощи являются: женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, трубного или маточного происхождения, требующее хирургического лечения; привычное невынашивание беременности (обследование и лечение с использованием современных эндоскопических медицинских технологий); эндометриоз матки, яичников, маточной трубы, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища для проведения оперативного лечения; доброкачественные новообразования яичников; гиперпластические процессы в репродуктивном возрасте (полип тела матки, шейки матки, влагалища и вульвы, железистая гиперплазия эндометрия, аденоматозная гиперплазия эндометрия) для проведения оперативного лечения с использованием современных эндоскопических медицинских технологий; нарушение менструального цикла по типу первичной и вторичной аменореи, первичной и вторичной олигоменореи, первичной и вторичной дисменореи, меноррагии, метроррагии, требующие специального обследования и хирургического лечения; врожденные аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб и широких связок: агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки, включая удвоение шейки матки и влагалища, двурогая матка, однорогая матка, агенезия и аплазия шейки матки, эмбриональная киста шейки матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, другие врожденные аномалии тела и шейки матки, девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище, сращение губ для оперативного лечения; миома матки, требующая хирургического лечения, в том числе инвазивного вмешательства – эмболизации маточных артерий; опущение гениталий, хирургическая коррекция пролапса; редкие формы внематочной беременности (шеечная, в роге матки, интралигаментарная) для проведения оперативного лечения, инвазивного вмешательства – эмболизация маточных артерий; доброкачественные новообразования матки и придатков при беременности до 22 недель гестации.

4. Плановая госпитализация пациентов в гинекологическое отделение перинатального центра осуществляется при наличии медицинских показаний по направлению акушера-гинеколога консультативной поликлиники перинатального центра или направлению врача акушера-гинеколога учреждения здравоохранения на территории отдаленных районов края после согласования с заведующим гинекологическим отделением с определением даты госпитализации и внесением информации в программу плановой госпитализации и медицинскую карту пациента гинекологического профиля

(вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях).

5. Перечень обследования женщин для направления на плановое оперативное лечение в гинекологическое отделение перинатального центра

Перечень обследования	Срок действия
группа крови, Rh-фактор;	не ограничен
развёрнутый анализ крови; общий белок, мочевины, билирубин, сахар, электролитный баланс, АЛТ, АСТ; коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген, РФМК; общий анализ мочи; мазок на флору;	не более 10 дней
анализ крови на RW, ВИЧ, Hbs Ag, гепатит В и С; заключение терапевта (при соматической патологии): диагноз, лечение, рекомендации с учётом предстоящей операции); ЭКГ (женщинам в возрасте 40 лет и старше); заключение стоматолога; заключения специалистов по профилю заболеваний (при соматической патологии); ультразвуковое исследование органов малого таза; ирригоскопия и фиброгастроскопия (при оперативном лечении опухолей яичников)	не более 30 дней
кольпоскопия, мазок на атипичные клетки	не более 3 мес.
флюорография	не более 1 года

6. При обращении женщины с гинекологическим заболеванием в экстренном порядке или транспортировки больной бригадой скорой медицинской помощи решение о госпитализации в гинекологическое отделение принимает заведующий (в ночное время, выходные и праздничные дни- дежурный врач) после осмотра в приемном отделении.

7. Оказание медицинской помощи пациентам в гинекологическом отделении осуществляется в соответствии с клиническими протоколами (клиническими рекомендациями) и стандартами медицинской помощи.

8. По окончании лечения пациентам выдается на руки выписка из медицинской карты стационарного больного (форма № 027/у) с рекомендациями по дальнейшему наблюдению и реабилитации.

9. Результат гистологического исследования выдается пациентке на руки через 7-10 дней после выписки.

10. Выписка из медицинской карты стационарного больного направляется в медицинской информационной системе qMS в медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

IV Оказание медицинской помощи несовершеннолетним девочкам (в возрасте от 0 до 17 лет включительно) с гинекологической патологией в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее – несовершеннолетние, перинатальный центр)

1. Медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по «акушерству и гинекологии» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), по «акушерству и гинекологии» (искусственное прерывание беременности) не зависимо от форм собственности, направляют несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями к врачу акушеру-гинекологу консультативной поликлиники перинатального центра.

2. Критериями для направления в гинекологическое отделение перинатального центра несовершеннолетних являются: заболевания, требующие хирургического вмешательства или манипуляций с использованием анестезии; необходимость подбора и проведения комплексной терапии; проведение комплексного обследования с применением современных диагностических технологий для уточнения диагноза и контроля за эффективностью терапии.

3. Для оказания плановой стационарной медицинской помощи в гинекологическое отделение перинатального центра направляются несовершеннолетние, с заболеваниями: врождённые аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб, широких связок, агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище, сращение губ, для оперативного лечения; опухоли яичников, вульвы, вагины, матки, требующие хирургического лечения; эндометриоз; нарушения менструального цикла.

4. Для оказания экстренной медицинской помощи в гинекологическое отделение перинатального центра направляются несовершеннолетние с заболеваниями: ювенильное кровотечение; дисменорея; апоплексия яичника; разрыв, перекрут кисты яичника; внематочная беременность; инородное тело влагалища; травма половых органов; нарушение менструации на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии; пороки развития мочевыводящих путей; первичные нарушения в системе гемостаза; вторичное повреждение гипоталамо-гипофизарной системы опухолью, травмой, хирургическим вмешательством.

5. Медицинская помощь в плановом порядке оказывается несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями при предъявлении: документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт, свидетельство о рождении, вид на жительство или разрешение на временное проживание у иностранных граждан); страхового

медицинского полиса обязательного медицинского страхования; СНИЛС; направления на госпитализацию, обследование, консультацию (форма № 057/у-04), подписанного председателем врачебной комиссии учреждения здравоохранения, заверенного печатью учреждения; выписки (форма № 027/у) из медицинской карты пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы (форма №111/у-20); результатов диагностических исследований пациента в оригинале или в электронном варианте (сканированные документы); копии электронного уведомления (маршрутного листа) консультативной поликлиники перинатального центра о дате и времени оказания медицинской помощи.

6. Медицинская помощь несовершеннолетним оказывается с их добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство; несовершеннолетним от 0 до 14 лет включительно - с добровольного информированного согласия родителей (законных представителей).

7. Прием несовершеннолетних, в возрасте от 0 до 14 лет включительно, проводится в присутствии родителей (законных представителей ребенка).

8. Перечень обследования несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями, для направления в гинекологическое отделение перинатального центра на плановое оперативное лечение.

Обследование	Срок действия
Группа крови, Rh-фактор	не ограничен
анализ крови на RW, ВИЧ, HbsAg, гепатит В и С; заключение педиатра (при наличии соматических заболеваний), включающее: диагноз, лечение, рекомендации с учётом предстоящей операции; ультразвуковое исследование органов малого таза; заключение стоматолога; заключения специалистов по профилю заболевания при наличии соматических заболеваний;	не более 30 дней
развёрнутый анализ крови; общий белок, мочевины, билирубин, сахар, электролитный баланс, АЛТ, АСТ; коагулограмма (АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген, РФМК); общий анализ мочи; мазок на флору;	не более 10 дней
на дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров)	не более 2-х недель
на кишечные инфекции (дети до 2-х лет и сопровождающие лица)	
R-графия лёгких (флюорография)	не более 1 года

9. Плановая госпитализация несовершеннолетних с гинекологической патологией на специализированные койки осуществляется при наличии

сведений об отсутствии контактов с детьми, заболевшими детскими инфекциями в течение 21 дня.

Для госпитализации родственника, поступающего в стационар по уходу за больным ребенком, необходимы результаты его обследования (флюорография, маркеры гепатитов В и С, сифилис) и сведения об отсутствии контактов с детьми, больными детскими инфекциями в течение 21 дня.

10. Плановая госпитализация несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями в гинекологическое отделение осуществляется по направлению врача акушера-гинеколога консультативной поликлиники или направлению врача акушера-гинеколога учреждения здравоохранения на территории отдаленных районов края после согласования с заведующим гинекологическим отделением с определением даты госпитализации и внесением информации в программу плановой госпитализации с обязательным оформлением заключения в карте пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях).

11. В случае обращения несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями в экстренном порядке или транспортировки больной бригадой скорой медицинской помощи решение о госпитализации принимает заведующий гинекологическим отделением (в его отсутствие в ночное время, выходные и праздничные дни дежурный врач) после осмотра в приемном отделении гинекологического отделения перинатального центра.

12. При плановой и экстренной медицинской помощи несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями объем оперативного вмешательства определяется при участии врача акушера-гинеколога и детского хирурга. Оперативное вмешательство осуществляется при участии врача акушера-гинеколога и детского хирурга с применением эндохирургических технологий.

13. Медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается в соответствии со стандартами медицинской помощи и клиническими протоколами лечения.

14. В день выписки из гинекологического отделения пациентам (законным представителям) выдается на руки выписка (форма № 027/у) из карты пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в медицинскую карту стационарного больного), включающая диагноз, результаты обследования, проведенное лечение, рекомендации по дальнейшему наблюдению и реабилитации (далее - выписка). Выписка также направляется посредством медицинской информационной системы qMS в медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

15. Результат гистологического исследования выдается пациенту через 7-10 дней.

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

**Мероприятия
по организации оказания медицинской помощи беременным
женщинам с патологией развития плода**

1. Организация оказания медицинской помощи беременным женщинам с врожденными пороками внутренних органов у плода.

1.1. Диагностика врожденных пороков развития плода и хромосомных аномалий основывается на данных ультразвукового исследования в скрининговые сроки и по показаниям, данных биохимического скрининга 1 триместра беременности, результатов инвазивных методов исследования по медицинским показаниям.

1.2. При установлении диагноза врожденного порока развития у плода или хромосомной аномалии на сроке гестации до 20-21 недели (а в случае диагноза порока сердца у плода не позднее 19 недель) включительно пренатальным консилиумом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» (далее-Пренатальный консилиум) в составе: врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, детского хирурга (по профилю выявленной патологии), врача генетика, врача педиатра (неонатолога), врача кардиолога, врача сердечно-сосудистого хирурга, определяется прогноз для развития плода, жизни новорожденного, здоровья и качества жизни ребенка, сроки и место родоразрешения беременной.

1.3. Пренатальный консилиум предоставляет беременной женщине (семье) информацию о результатах обследования, наличии врожденного порока развития 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 (семья) принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

1.4. При наличии у плода врожденного порока развития несовместимого с жизнью, или порока с неблагоприятным прогнозом, а также отказе женщины (семьи) от медицинского вмешательства с целью лечения порока развития у новорожденного, рекомендуется прерывание беременности по медицинским показаниям.

При отказе женщины (семьи) от прерывания беременности из-за наличия у плода порока развития с неблагоприятным прогнозом или несовместимого с жизнью, беременность ведется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в соответствии с настоящим приказом.

Для родоразрешения определяется учреждение здравоохранения с учетом наличия экстрагенитальной патологии у беременной и особенностями течения беременности.

1.5. На сроке гестации свыше 22 недель при ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарной недостаточности беременная женщина госпитализируется в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее – перинатальный центр).

1.6. При решении вопроса о месте и сроке родоразрешения беременной женщины с пороком развития у плода, требующим хирургической помощи, пренатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

1.6.1. При наличии у плода врожденного порока развития (кроме врожденного порока развития сердца), требующего экстренной хирургической помощи в первые семь дней жизни, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

1.6.2. При наличии у плода порока развития (включая врожденный порок развития сердца), требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней – трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

1.6.3. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи новорожденному с врожденным пороком развития плода в Красноярском крае, беременная женщина по заключению пренатального консилиума направляется в Федеральные государственные учреждения здравоохранения.

Пренатальный консилиум определяет план обследования, сроки и учреждение здравоохранения для родоразрешения.

1.7. При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, не совместимых с жизнью, беременные женщины направляются на родоразрешение в учреждения здравоохранения с учетом группы риска и наличия соматической патологии в соответствии с пунктами 18, 19, 20 приложения № 1 к настоящему приказу:

1.8. Оказание медицинской помощи беременным женщинам с врожденными пороками сердца у плода.

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

1.8.1. Беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр при наличии у плода врожденного порока сердца (далее-ВПС), требующего консультации кардиохирурга в первые дни жизни, с целью определения срока оперативного вмешательства. К данной категории ВПС относятся:

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

ВПС с обструкцией легочного кровотока (атрезия/стеноз легочной артерии с протокзависимой гемодинамикой, критическая форма аномалии Эбштейна, тотальный аномальный дренаж легочных с рестрикцией на коллекторе);

простая транспозиция магистральных артерий;

открытый артериальный проток у недоношенных (в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения).

1.8.2. Беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр при наличии у плода врожденного порока сердца, требующего консультации кардиохирурга в течение первых 28 дней жизни ребенка, с целью определения срока оперативного вмешательства. К данной категории ВПС относятся:

простая транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки более 6 мм;

тотальный аномальный дренаж легочных вен;

общий артериальный ствол;

аортолегочное окно;

гемитрункус;

аномалия Тауссиг-Бинга без выраженной обструкции системного и легочного кровотока;

ВПС с гиперволемией малого круга кровообращения, требующей суживания легочной артерии, или другого паллиативного кардиохирургического вмешательства до 28 дней жизни;

тетрада Фалло с агенезией клапана легочной артерии.

1.8.3. Для подтверждения (исключения) диагноза и определения показаний к оперативному лечению новорожденного консилиумом (в составе: детского врача сердечно-сосудистого хирурга (врача-кардиолога), врача неонатолога) в перинатальном центре составляется план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации города Красноярска.

1.8.4. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой перинатального центра.

1.9. При наличии у плода изолированного порока развития, требующего хирургического вмешательства, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

1.9.1. К изолированным врожденным порокам сердца относятся: гастрошизис; атрезия кишечника (кроме дуоденальной атрезии); объемные

образования различной локализации; пороки развития легких; пороки развития мочевой системы с нормальным количеством околоплодных вод.

1.10. При наличии у плода врожденного порока развития, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями или наличии множественных врожденных пороков развития плода, совместимых с жизнью, требующих хирургического вмешательства, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

К врожденным порокам сердца плода, часто сочетающимися с хромосомными аномалиями, или наличием множественных врожденных пороков сердца, относятся: омфалоцеле; дуоденальная атрезия; атрезия пищевода; врожденная диафрагмальная грыжа; пороки мочевыделительной системы, сопровождающиеся маловодием.

2. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности с выявленными врожденными пороками развития плода в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» и подлежащими хирургической коррекции в краевом государственном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

2.1. При выявлении специалистами государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» у беременной женщины врожденного порока развития плода, подлежащего экстренной хирургической коррекции после рождения в условиях краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» врач акушер-гинеколог/генетик государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» направляет в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» секретарю пренатального консилиума по защищенному информационному каналу ViPNet запрос о проведении консультации (Пренатального консилиума).

2.2. К запросу прилагаются медицинские документы, подтверждающие наличие выявленного врожденного порока развития у плода: выписка из индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы (форма № 111/у-20); протоколы скрининговых ультразвуковых исследований; результаты биохимического скрининга на материнские сывороточные маркеры I триместра беременности (РАРР-А, В-ХГЧ); заключение пренатального консилиума государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр»; заключения смежных специалистов по профилю заболевания (при наличии соматической патологии у женщины).

2.3. Пренатальный консилиум краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» рассматривает медицинские документы в течении не более 3 дней

и информирует о решении сотрудника государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр».

При наличии медицинских показаний для дополнительного обследования, включая ультразвуковую диагностику, беременной женщине назначается дата визита на исследования и очное заседание Пренатального консилиума с участием специалистов по профилю патологии, включая детского хирурга.

2.4. При направлении беременной женщины на Пренатальный консилиум в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» лечащим врачом медицинской организации Республики Хакасия выдаются на руки пациентке направление на обследование (форма № 057/у-04) и оригиналы вышеперечисленных медицинских документов.

2.5. На Пренатальном консилиуме краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» уточняется диагноз с учетом заключений специалистов по профилю заболевания плода, принимается решение, определяется тактика ведения беременности, срок родоразрешения, учреждение здравоохранения для родоразрешения с учетом заболевания плода.

2.6. При принятии решения о родоразрешении беременной женщины с выявленным врожденным пороком развития плода в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» с последующим хирургическим лечением новорожденного, пациентке назначается дата заочной (очной) консультации в консультативной поликлинике краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» с целью определения даты госпитализации в отделение патологии беременности (отделение (койки) акушерского ухода).

2.7. Решение консилиума выдается беременной женщине на руки и направляется по защищенному каналу ViPNet в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр».

2.8. Сотрудником медицинской организации Республики Хакасия организуется направление беременной женщины с выявленным врожденным пороком развития плода на родоразрешение в соответствии с рекомендациями Пренатального консилиума краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» и врача консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 5
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 25.01.2021 № 55-оп

**Мероприятия
по организации 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 искусственного прерывания беременности)» и «акушерскому делу».

2. Правила организации деятельности родильного дома (отделения), рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения определены приложениями № 16, № 17, № 18 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н (далее – приказ № 1130н).

Правила организации деятельности перинатального центра, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения перинатального центра определены приложениями № 19, № 20, № 21 к приказу № 1130н.

Правила организации деятельности Центра охраны материнства и детства определены приложением № 22 к приказу № 1130н.

3. С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц оказание 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. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на три группы по уровню оказания медицинской помощи:

а) первая группа:

акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога;

медицинские организации, имеющие в своем составе urgentный

родильный зал, где осуществляется оказание экстренной и неотложной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в стационарных условиях и взаимодействие с акушерскими стационарами второй и третьей группы (уровня), акушерским реанимационно-консультативным центром.

Правила организации деятельности ургентного родильного зала определены приложением № 23 к приказу № 1130н.

б) вторая группа – акушерские стационары, в том числе профилированные по видам патологии, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации (палаты интенсивной терапии) для женщин, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных: родильный дом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Шарыповская городская больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Назаровская районная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сосновоборская городская больница», ФГУЗ «Клиническая больница № 42» ФМБА России, филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51»,

в) третья А группа – акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства

и детства № 2», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1».

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

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

отсутствие показаний для планового кесарева сечения;

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

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; отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (отеки и протеинурия во время беременности, гипертензивные расстройства, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода); головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 грамм) и нормальных размерах таза матери; отсутствие в анамнезе у женщины ante-, intra- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии; отслойки нормально расположенной плаценты; отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как преждевременные роды, гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в учреждения здравоохранения второй и третьей группы в плановом порядке.

5.1. Показаниями для госпитализации в urgentный родильный зал являются: активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения); экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

Стандарт оснащения urgentного родильного зала определен приложением № 24 к приказу № 1130н и стандартом оснащения, утвержденным Порядком оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».

6. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин группы среднего риска на родоразрешение в акушерские стационары: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Минусинская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», филиал федерального бюджетного учреждения ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51», федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 42 ФМБА России» 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); перенесенная беременность; предполагаемый крупный плод; анатомическое сужение таза I-II степени; тазовое предлежание плода; поперечное и косое положение плода; 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; умеренное маловодие (ИАЖ более 5 см.), умеренное многоводие (ИАЖ до 30 см.); задержка внутриутробного роста плода I-II степени.

7. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин на родоразрешение в межрайонные родильные дома города Красноярска (средняя степень риска) с учетом пункта 19 приложения 1 к настоящему приказу являются: пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений; компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности); увеличение щитовидной железы без нарушения функции; эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный на диетотерапии, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация); хронический пиелонефрит без нарушения функции; инфекции мочевыводящих путей вне обострения; заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит); перенесенная беременность; предполагаемый крупный плод; анатомическое сужение таза I-II степени; тазовое предлежание плода; поперечное и косое положение плода; 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, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца; планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке; умеренное маловодие (ИАЖ более 5 см.), умеренное многоводие (ИАЖ до 30 см.); задержка внутриутробного роста плода I-II степени; низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель; мертворождение в анамнезе; многоплодная беременность; беременность после разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах; преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 35 недель и более, при наличии противопоказаний

к транспортировке; заболевания органов зрения миопия I и II степени и миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома; преэклампсия умеренная; беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона; перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза; психические заболевания; рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения; антенатальная гибель плода (при отсутствии критериев предусмотренных пунктом 10 настоящего приложения).

8. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления на лечение и родоразрешение беременных женщин в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1» (средняя и высокая степень риска) являются: возраст беременной до 18 лет; 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); перенесенная беременность; предполагаемый крупный плод; анатомическое сужение таза I-II степени, III-IV степени; тазовое предлежание плода; поперечное и косое положение плода; низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании на сроке гестации 34 и более недель; предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке гестации 34 недели и более; мертворождение в анамнезе; многоплодная беременность; кесарево сечение в анамнезе; рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки; рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения; планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке; расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения); мало- и многоводие; задержка внутриутробного роста плода I- III степени; беременность после разрывов промежности III – IV степени при предыдущих родах; преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 37 недель включительно; заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома); перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза; тромбозы и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности; беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона; гестационный сахарный диабет, корригируемый диетой; преэклампсия умеренной степени, тяжелая преэклампсия, эклампсия; прочие жизнеугрожающие состояния при отсутствии противопоказаний к транспортировке.

9. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления на родоразрешение беременных женщин на территории Западной группы районов в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» (средняя и высокая степень риска) являются: возраст беременной до 18 лет; 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); переношенная беременность; предполагаемый крупный плод; анатомическое сужение таза I-II степени, III-IV степени; тазовое предлежание плода; поперечное и косое положение плода; низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель; предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель; мертворождение в анамнезе; многоплодная беременность; кесарево сечение в анамнезе; рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки; рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения; планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке; расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения); мало- и многоводие; задержка внутриутробного роста плода I, II, III степени со срока гестации 32 недели; беременность после разрывов промежности III – IV степени при предыдущих родах; преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 32 недели и более; преждевременные роды с 22 до 32 недель гестации при наличии противопоказаний к транспортировке; заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома); перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза; тромбозы и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности; беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона; многоплодная беременность; гестационный сахарный диабет, корригируемый диетой; преэклампсия, эклампсия; прочие жизнеугрожающие состояния при отсутствии противопоказаний к транспортировке.

10. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин на родоразрешение в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (высокая степень риска) являются:

возраст беременной до 18 лет; преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 34

недель включительно, при отсутствии противопоказаний для эвакуации; предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель; беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона; тяжелая преэклампсия, эклампсия и их осложнения; холестаза, гепатоз беременных; кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке; рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца; рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом; планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке; беременные женщины с миомой матки больших размеров (7 см и более) и/или с множественными узлами; объемное образование малого таза беременной (6 см и более); 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 (Rh-конфликт, ABO-конфликт); метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения); водянка плода; тяжелое много- и маловодие; заболевания сердечно-сосудистой системы, не сопровождающиеся развитием сердечно-сосудистой недостаточности; заболевания органов дыхания, не сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности; диффузные заболевания соединительной ткани без активности процесса, антифосфолипидный синдром; заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов без последствий); миастения; злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации; перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза; прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, роженицы и родильницы при отсутствии противопоказаний для эвакуации; тромбозы, тромбозэмболии и тромбозфлебиты в анамнезе и при настоящей беременности; 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); заболевания крови (тяжелая гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови); сосудистые мальформации, аневризмы сосудов; расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения); подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии; антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим

пунктом; состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств; многоплодная беременность (тремя и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов); состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств; наличие у плода врожденного порока развития и/или наследственные заболевания, требующие хирургического лечения после рождения.

10.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей Б группы (уровня) являются: состояния, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий.

11. Ведение родов осуществляется в соответствии с клиническими протоколами, стандартами оказания медицинской помощи.

12. В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды, совместное пребывание родильницы и новорожденных, посещение матери и ребенка близкими родственниками в соответствии с действующим законодательством.

В процессе родов обязательным является ведение партограммы.

В течении родов и в первые дни после рождения выполняются мероприятия, направленные на профилактику гипотермии новорожденных.

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

13. Рекомендуемое время пребывания родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов полных 3 суток, при неосложненном течении послеоперационного периода после кесарева сечения полных 4 суток.

Перед выпиской родильницам осуществляется ультразвуковое исследование органов малого таза. Выписка родильницы из акушерского стационара после физиологических родов осуществляется на 4 сутки после проведения неонатального скрининга и проведения вакцинации БЦЖ новорожденному на третьи сутки.

В случае выписки родильницы и новорожденного из акушерского стационара в более ранние сроки неонатальный скрининг осуществляется в детской поликлинике по месту жительства новорожденного.

Информация о выписке родильницы и новорожденного передается в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет) и детскую поликлинику в день выписки.

14. При выписке родильница консультируется лечащим врачом по вопросам грудного вскармливания, даются разъяснения о пользе

и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка), рекомендации по контрацепции.

15. После выписки из родильного дома (отделения) родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию (талон № 2 обменной карты беременной, роженицы и родильницы, форма которой утверждена приложением № 3 к приказу № 1130н), детскую поликлинику (талон № 3 обменной карты беременной, роженицы и родильницы, форма которой утверждена приложением № 3 приказа № 1130н) в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным.

Врач акушер-гинеколог женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) осуществляет осмотр родильницы в течение первых трех дней после выписки и через 6-8 недель после родов.

При наличии соматического заболевания у родильницы (до 42 суток после родов) врач женской консультации (при наличии медицинских показаний) направляет на консультации к специалистам по профилю патологии в поликлинику по месту жительства на территории края, в консультативно-диагностическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» на территории города Красноярска.

По истечении 42 суток после родов сведения о родильнице передаются врачом женской консультации в территориальную поликлинику по месту жительства для дальнейшего диспансерного наблюдения у специалистов по профилю заболевания.

В послеродовом периоде женщинам (семье) проводится консультация по контрацепции, включая женщин группы риска: с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями; подросткам; одиноким; не состоящим в браке; с низким социальным статусом.

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 6
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 25.01.2021 № 55-ор

**Мероприятия по организации оказания медицинской помощи
женщинам в период беременности, родов и послеродовый период
с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими
хирургической помощи**

1. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, на сроке гестации до 10-12 недель направляются на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (жители края) и к кардиологу консультативно - диагностического отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» (жители города Красноярска) и при наличии медицинских показаний госпитализируются в профильные соматические отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (жители края) и краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» (жители города Красноярска), имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и (или) «кардиология» и «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерство и гинекология (искусственное прерывание беременности)».

Консилиум в составе: врача-кардиолога, врача кардиохирурга и врача акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о диагнозе, прогнозе заболевания, тяжести состояния женщины и предоставляет 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 вынашивания беременности.

Прерывание беременности по медицинским показаниям на сроке гестации до 12 недель, беременным женщинам с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, осуществляется в гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича» (жители города Красноярска); в гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (жители края), а при наличии заболеваний (врожденного и/или приобретенного порока сердца, болезней эндокарда, миокарда и перикарда, сложных форм нарушения ритма, состояния после операций на сердце) жители города Красноярск с участием специалистов: врача кардиолога (по показаниям - врача сердечно-сосудистого хирурга, кардиохирурга, аритмолога), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога.

2. К медицинским показаниям для консультации и госпитализации беременных женщин на сроке гестации до 12 недель в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

2.1. 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;

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

2.3. 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;

2.4. нарушения ритма сердца (сложные формы);

2.5. состояния после операций на сердце.

3. При наличии медицинских показаний для искусственного прерывания беременности и добровольного информированного согласия

женщины искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке гестации до 22 недель (жители края и города Красноярск) проводится в условиях гинекологического отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», имеющей возможность оказания специализированной, в том числе кардиореанимационной, помощи женщине.

В случае отказа женщины от искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям консилиум краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга) и врача акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности.

При необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, или других кардиохирургических вмешательств) консилиум решает вопрос о госпитализации в профильное отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (жители края и города Красноярск). При наличии нарушений ритма сердца, требующих аблации, или нарушений проводимости, требующих имплантации электрокардиостимулятора, женщины направляются на госпитализацию в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» города Красноярск (жители края и города Красноярск).

4. На сроке гестации с 18 до 22 недель женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направляются на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (жители края) и к кардиологу консультативно-диагностического отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» (жители города Красноярск), обследуются амбулаторно или стационарно (по медицинским показаниям) для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения ПРП, проведения ультразвукового исследования и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

5. На сроке гестации с 27 до 32 недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, госпитализируются в профильное соматическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (жители края) или в профильное соматическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» (жители города Красноярск) для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения ультразвукового исследования и доплерометрии,

подбора (коррекции) медикаментозной терапии, определения предполагаемых сроков и места родоразрешения, оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

Консилиум врачей учреждения здравоохранения, в составе: врача кардиохирурга, врача кардиолога и врача акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (ультразвукового исследования с доплерометрией, электрокардиографии и эхокардиографии,) составляет заключение о тяжести состояния женщины, дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии медицинских показаний о досрочном родоразрешении.

6. На сроке гестации с 35 до 37 недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями госпитализируются в профильное соматическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» (для уточнения сроков родов, выбора способа и учреждения здравоохранения для родоразрешения).

Сроки и метод родоразрешения определяются консилиумом в составе: врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

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

7. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, в том числе, 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 госпитализируются на сроке гестации 10-12 недель, 18-22 недели, 27-32 недели, 35-37 недель для проведения соответствующего лечения и родоразрешения в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница».

Тактика ведения родильниц определяется консилиумом в составе: врача акушера-гинеколога, врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая

клиническая больница». Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение.

8. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, не нуждающиеся в хирургической помощи, при отсутствии высокого риска развития критических состояний госпитализируются по медицинским показаниям свыше 22 недель беременности для лечения и на родоразрешение в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона».

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 7
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 25.01.2021 № 55-оп

Мероприятия по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным

1. Для организации медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и реанимационных мероприятий, в акушерских стационарах, многопрофильных и межрайонных больницах, перинатальных центрах организованы отделения анестезиологии и реанимации (палаты интенсивной терапии (далее – ПИТ)).

Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра и родильного дома определены приложением № 25 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н (далее – приказ № 1130н).

С целью оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи, дистанционного интенсивного наблюдения с применением телемедицинского консультирования (наблюдения) созданы и осуществляют деятельность: акушерский реанимационно-консультативный центр на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее–АРКЦ перинатального центра) и межрайонные акушерские реанимационно-консультативные центры (далее–МАРКЦ) на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница».

Правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения акушерского реанимационного консультативного центра перинатального центра для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи определены приложениями № 26, № 27, № 28 к приказу № 1130н и приложением № 8 к настоящему приказу.

Правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной

медицинской помощи, определены приложениями № 29, № 30, № 31 к приказу № 1130н..

2. Оказание неотложной медицинской помощи, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и с гинекологическими заболеваниями, включает:

догоспитальный этап, осуществляемый выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой, функционирующей в составе АРКЦ перинатального центра или МАРКЦ, которая состоит из врачей анестезиологов-реаниматологов, владеющих методами ургентной диагностики, реанимации и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии; врачей акушеров - гинекологов, владеющих навыками хирургических вмешательств, и медицинских сестер - анестезистов, освоивших навыки оказания неотложной помощи в акушерстве и гинекологии;

стационарный этап, осуществляемый в отделениях анестезиологии и реанимации краевых государственных учреждений здравоохранения.

3. Функциями АРКЦ перинатального центра являются: оказание круглосуточной экстренной очной (выездной), заочной, включая использование телемедицинских технологий, консультативной и лечебной помощи женщинам период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и с гинекологическими заболеваниями, нуждающимся в реанимации и/или интенсивной терапии, включая дистанционное динамическое наблюдение (мониторинг) за состоянием здоровья пациентов, в отношении которых проводились консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий, с оценкой исполнения выданных рекомендаций.

3.1. Мониторинг женщин с угрожающими жизни заболеваниями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового и послеабортного периодов осуществляется в случаях выявления: пре- и эклампсии; HELLP-синдрома; острого жирового гепатоза беременных; предлежания плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности; преждевременной отслойки плаценты с кровопотерей более 1000 мл; рубца на матке с клиническими или инструментальными проявлениями несостоятельности; тяжелой рвоты беременных; внематочной беременности с кровопотерей более 1000 мл; шеечной, брюшной беременности, беременности в рубце; послеродовой или послеабортной кровопотери более 1000 мл., геморрагического шока, ДВС-синдрома; интраоперационных осложнений, связанных с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1500 мл); послеродового (послеоперационного) метроэндометрита; послеоперационного (послеродового) перитонита; послеродового сепсиса; сепсиса во время беременности любой этиологии; осложнений анестезии, трансфузионных осложнений; гипертонической болезни II-III степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт. ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт. ст.; пороков сердца с нарушением

кровообращения I степени и выше, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации; острого коронарного синдрома; миокардиодистрофии, кардиомиопатии с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения; тяжелого пиелонефрита с нарушением пассажа мочи, карбункулом, апостематозом почек, пиелонефритом единственной почки; бронхиальной астмы тяжелой степени, гормонозависимой; пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности, требующей респираторной поддержки; других заболеваний легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности, пневмоторакса, гидроторакса, гемоторакса; сахарного диабета в стадии декомпенсации и склонностью к кетоацидозу; тяжелой анемии любого генеза; тромбоцитопении любого происхождения; острого нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелой формы эпилепсии; комы любой этиологии; судорожного синдрома; миастении; требующих срочного хирургического вмешательства у беременных и родильниц.

3.2. К состояниям, заболеваниям, синдромам или симптомам, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и с гинекологическими заболеваниями относятся: остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация); нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS); острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелая преэклампсия, эклампсия; желтуха при преэклампсии; билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии); повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ; внутрисосудистый гемолиз; тромботическая микроангиопатия; острый цианоз; одышка более 25 в мин.; патологические ритмы дыхания; апное (любая этиология); острый респираторный дистресс синдром; $paO_2/FiO_2 < 200$ мм рт. ст.; сатурация кислорода менее 90% более 60 мин; отек легких (любая этиология); интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией; аспирационный синдром; шок-анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный; продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология); нарушения ритма сердца (любые формы); сердечная недостаточность; олигурия, резистентная к введению жидкости; креатинин более 150,0 ммоль/л; тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл); сгустки крови не образуются, гипокоагуляция; pH крови менее 7,2; признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза; кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение; тяжелая анемия (любой этиологии), сопровождающаяся гемической гипоксией; трансфузия компонентов крови; гистерэктомия (любые показания); лапаротомия кроме операции кесарева сечения; релапаротомия (любые показания); разрыв матки; осложнения после прерывания беременности в ранние сроки; сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок; лактат более 2,0 ммоль/л; госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания); согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, неакушерских операциях

во время беременности; осложнения анестезиологического обеспечения (любые); осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов; прогнозируемая или текущая трудная интубация трахеи; декомпенсация соматической патологии.

4. Регламент взаимодействия сотрудников медицинских организаций при оказании медицинской помощи при возникновении клинических ситуаций, угрожающих жизни и/или требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным указанным в пункте 3.1 и 3.2.

4.1. На уровне фельдшерско-акушерского пункта (далее – ФАП), участковой больницы (далее – УБ), врачебной амбулатории (далее – ВА), участка общей врачебной практики (далее – ОВП) медицинский работник в экстренном порядке сообщает дежурному администратору районной (городской) больницы (далее – РБ, ГБ) о сложившейся ситуации, вызывает бригаду скорой медицинской помощи (далее – СМП) и информирует администрацию ФАПа, УБ, ВА, ОВП.

5. Дежурный администратор РБ (ГБ): организует консультативную помощь медицинскому работнику ФАПа, УБ, ВА, ОВП, оказывающему первую медицинскую помощь беременной женщине, роженице, родильнице, женщине после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием, с привлечением акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов до прибытия бригады СМП на ФАП УБ, ВА, ОВП; осуществляет подготовку подразделений учреждения здравоохранения к приему больной и оказанию медицинской помощи и информирует администрацию РБ (ГБ) о сложившейся ситуации.

6. При поступлении беременной женщины, роженицы, родильницы, женщины после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием в РБ, ГБ после оценки тяжести состояния и установления предварительного диагноза, врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог оказывает ей медицинскую помощь в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу.

Врач акушер-гинеколог и врач анестезиолог-реаниматолог РБ, ГБ, оказывающие медицинскую помощь, оформляют медицинские документы в установленном порядке.

Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог РБ, ГБ консультирует беременную женщину, роженицу, родильницу, женщину после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием с состоянием, требующим проведения мероприятий, в том числе по реанимации и интенсивной терапии (согласно п.3.1 и 3.2), со старшим врачом акушером-гинекологом и/или со старшим врачом анестезиологом-реаниматологом МАРКЦ и/или АРКЦ перинатального центра, а в их отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) с дежурным врачом акушером-гинекологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом МАРКЦ и/или АРКЦ перинатального центра (далее-дежурный врач МАРКЦ и/или АРКЦ перинатального центра).

Старший врач акушер-гинеколог или старший врач анестезиолог-реаниматолог или дежурный врач МАРКЦ информирует заведующего МАРКЦ о поступившем сообщении и согласовывает с ним принятое тактическое решение.

Заведующий (дежурный врач) МАРКЦ предоставляет информацию о поступившем сообщении и согласовывает принятое тактическое решение со специалистами АРКЦ перинатального центра.

7. Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада МАРКЦ или АРКЦ перинатального центра направляется в краевое государственное учреждение здравоохранения, где находится беременная женщина, роженица, родильница, женщина после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием с состоянием, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи и/или медицинской эвакуации в специализированные отделения учреждений здравоохранения в соответствии с приложением № 8.

8. МАРКЦ направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, женщинам после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями, находящимся на лечении в краевых государственных учреждениях здравоохранения соответствующей группы районов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для медицинской эвакуации данной категории пациентов (с учетом тяжести состояния) в отделения анестезиологии и реаниматологии краевых государственных учреждений здравоохранения, в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение пациентов:

8.1. МАРКЦ краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский крайовой центр охраны материнства и детства № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Канская межрайонная больница» – в соответствующее структурное отделение межрайонного центра, перинатального центра или специализированные отделения учреждений здравоохранения: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский крайовой противотуберкулезный диспансер № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский крайовой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»;

8.2. МАРКЦ краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевого государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», – в соответствующее структурное отделение межрайонной больницы.

В дальнейшем медицинскую эвакуацию данной категории пациенток осуществляет АРКЦ в соответствующее структурное отделение перинатального центра и/или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

9 Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада АРКЦ направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, женщинам после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями с состояниями, требующими проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, находящимся на лечении в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для медицинской эвакуации пациентов в перинатальный центр или специализированные отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница».

10. Специалисты МАРКЦ или АРКЦ перинатального центра, осуществляющие срочный (неотложный) выезд в краевое государственное учреждение здравоохранения, проводят подготовку к выезду в течение не более 1 часа.

Перевод беременных женщин, рожениц, родильниц, женщин после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в продолжении реанимационных мероприятий и/или интенсивной терапии, из краевых государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную медицинскую помощь и госпитализацию, в соответствующие структурные отделения перинатального центра или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или специализированные учреждения здравоохранения: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», осуществляется после предварительного согласования с заведующим АРКЦ перинатального центра или МАРКЦ, заместителем главного врача по акушерству и гинекологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», с заместителем главного врача по лечебной работе

и/или хирургии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», администрацией специализированных учреждений здравоохранения.

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» информирует о переводе и госпитализации беременных женщин, рожениц, родильниц, женщин после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в продолжении реанимационных мероприятий и/или интенсивной терапии, из краевых государственных учреждений здравоохранения в соответствующее структурное отделение перинатального центра или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или в специализированные учреждения здравоохранения консультанта отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

11. Медицинская эвакуация пациентов из отдаленного (более 200 км.) или транспортно недоступного краевого государственного учреждения здравоохранения осуществляется с использованием специализированной (санитарно-авиационной) службы краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» воздушным транспортом.

Медицинская эвакуация пациентов из учреждений здравоохранения, расположенных менее 200 км от учреждения здравоохранения, куда госпитализируется пациентка, осуществляется наземным транспортом (реанимобилем) МАРКЦ или АРКЦ перинатального центра с учетом состояния пациентки и метеоусловий.

12. Взаимодействие медицинских организаций края по ведению мониторинга критических акушерских состояний.

12.1. В случае выявления состояний, заболеваний, синдромов, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов, после родов и после прерывания беременности (аборта) указанные:

в пункте 3.2. настоящего приложения, специалист учреждения здравоохранения (где находится пациентка) оформляет извещение о критическом акушерском состоянии (далее- извещение о КАС) по форме приложения № 1 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным и направляет в АРКЦ перинатального центра, специалист которого вносит извещение о КАС в регистр критических акушерских состояний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России (далее-ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»);

в пункте 3.1. и 3.2 специалист АРКЦ перинатального центра информирует министерство здравоохранения Красноярского края по форме согласно пункту 13 приложения № 8 к настоящему приказу.

12.2 В случае развития у женщины в период беременности, родов, в послеродовой период и после прерывания беременности (аборта) следующих КАС:

- остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация);
- эклампсия;

- желтуха при преэклампсии, острая жировая дистрофия печени;

- тромботическая микроангиопатия:

- HELLP-синдром, акушерский, атипичный, гемолитико-уремический синдром (АГУС), тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП), антифосфолипидный синдром (АФС);

- геморрагический, анафилактический, кардиогенный шок, резистентный к проводимой терапии;

- острый респираторный дистресс-синдром взрослого;

- отек легких (любая этиология);

- массивная кровопотеря и/или продолжающееся кровотечение;

- сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;

- массивная тромбоэмболия легочной артерии;

- декомпенсация соматической патологии (любая);

- другие состояния, угрожающие жизни беременной, роженицы и родильницы, определяемые специалистами АРКЦ перинатального центра

организуется телемедицинская консультация со специалистами ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова». Телемедицинскую консультацию организует специалист АРКЦ перинатального центра.

12.3. При необходимости консультации врачей специалистов по профилю основного заболевания, обуславливающего тяжесть состояния, специалисты ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова» обеспечивают телемедицинскую консультацию соответствующего национального медицинского исследовательского центра.

12.4. Врач АРКЦ перинатального центра оформляет заявку на проведение телемедицинской консультации в установленном порядке через ФГБУ ВЦМК «Защита» ФМБА России.

12.5. Мониторинг пациенток с КАС осуществляется специалистами ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова».

Для проведения мониторинга специалист АРКЦ перинатального центра ежедневно актуализирует персонифицированную информацию о состоянии здоровья женщин, находящихся на мониторинге, согласно приложению № 1 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным.

12.6. В случае повторного перевода в отделение анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии пациентки, состоявшей

на дистанционном мониторинге с КАС, информация о женщине заносится в регистр КАС ежедневно, до момента прекращения дистанционного мониторинга ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова» Минздрава России.

12.7. Дистанционный мониторинг пациентки с КАС в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. В.И. Кулакова» проводится при крайне тяжелом и тяжелом состоянии, а также при отсутствии положительной динамики. Прекращается мониторинг при переводе пациентки из отделения реанимации и интенсивной терапии в профильное отделение или летальном исходе.

В случае материнской смерти, медицинская организация по месту события незамедлительно предоставляет информацию в министерство здравоохранения Красноярского края и в АРКЦ перинатального центра, специалист которого в течении 24 часов направляет информацию в регистр КАС по форме согласно приложению № 1 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным.

12.8. Форма отчета о случаях КАС в учреждениях здравоохранения формируется автоматически согласно приложению № 2 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным и ежедневно направляется специалистом АРКЦ в министерство здравоохранения Красноярского края.

13. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов, женщинам после прерывания беременности (аборта), женщинам с гинекологическими заболеваниями в отделении анестезиологии и реанимации осуществляется в соответствии с клиническими протоколами и стандартами медицинской помощи.

14. 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.

15. После выписки женщины, перенесшей в период беременности, родов, после родов и после прерывания беременности КАС организуется в течении 1 года их катamnестическое наблюдение в женских консультациях городских больниц, межрайонных центров и межрайонных родильных домов с привлечением специалистов по профилю заболевания поликлиник, консультативно-диагностических отделений межрайонных больниц.

16. По каждому КАС в течении 3 рабочих дней (от момента выявления случая) в учреждении здравоохранения проводится служебная проверка, материалы которой (копии медицинских документов, приказ о проведении проверки, акт проверки, приказ (информация) о принятых мерах, направленных на устранение и предупреждение нарушений) направляются не позднее 5 рабочих дней в организационно-методический

отдел краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» по защищенному каналу VipNet и на бумажных носителях в установленном порядке.

17. Специалисты краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» проводят анализ оказания медицинской помощи на соответствие с Порядками и стандартами оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология, клиническими протоколами Министерства здравоохранения Российской Федерации и ежеквартально предоставляют анализ до 15 числа следующего месяца консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение №1
к Мероприятиям
 по организации оказания
 неотложной медицинской помощи
 женщинам в период беременности,
 родов, послеродовой период, после
 прерывания беременности (аборта)
 и гинекологическим больным

**Извещение о критическом акушерском состоянии (КАС) / случае
 материнской смерти.**

1. Основания для внесения в регистр КАС (приложение №2): _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Дата рождения: _____
4. СНИЛС, полис ОМС: _____
5. Наименование и уровень МО, где выявлено КАС: _____
6. Дата и время начала оказания помощи при выявлении КАС: _____
7. Дата и время передачи информации в региональный АДКЦ: _____
8. Дата и время выезда выездной бригады скорой медицинской помощи
 анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи
 (выездной бригады): _____
9. Дата и время прибытия выездной бригады: _____
10. Оказанная выездной бригадой медицинская помощь: стабилизация состояния /
 оставлена на месте / медицинская эвакуация / родоразрешение / гистерэктомия /
 интубация, с продленной ИВЛ.
11. Наименование и уровень МО, в котором находится пациентка: _____
12. № истории родов/болезни: _____
13. Дата и время госпитализации: _____
14. Диагноз при поступлении: _____
15. Жалобы на момент передачи информации: _____
16. Состояние пациентки на момент передачи информации: удовлетворительное /
 средней степени / тяжёлое _____
17. Динамика состояния: улучшение / стабильное / ухудшение _____
18. Перенесенные хронические заболевания (МКБ-10): _____
19. Клинические данные на момент передачи информации:

Сознание: баллов по шкале Глазго (Психика: баллов по шкале RASS) АД	Пульс	Температу ра	ЧД/ параметры)	Сатурация (мин.- макс. за 60 мин)	Диурез (мл/ч)

20. Лабораторные данные:

Показатель	Дата: Время:	Результат	Показатель	Дата: Время:	Результат
Общий анализ крови			Общий анализ мочи		
Гемоглобин			Белок		
Лейкоциты			Лейкоциты		

Тромбоциты			Гиалиновые цилиндры		
Гемолиз (+/-)			Кетоновые тела		
Коагулограмма			Суточная протеинурия		
АЧТВ					
МНО			Биохимический анализ крови		
ПТИ			Общий белок		
Фибриноген			Глюкоза		
Д-димер			Билирубин		
			Креатинин		
раО2/FiO2			Мочевина		
рН крови			АСТ		
			АЛТ		
HBsAg			ЛДГ		
HCV			Лактат		
ВИЧ			СРБ		
COVID-19			Кетоновые тела		

21. Исход беременности:

Роды / прерывание беременности: дата, время, срок гестации	Операции: ASA, дата, время начала и окончания	Ребенок: масса / рост / Апгар	Общая кровопотеря
--	---	-------------------------------	-------------------

22. Диагноз (основной, сопутствующий, осложнения) на момент извещения (МКБ-10):

23. Мероприятия, проводимые на данном этапе:

Эфферентные методы лечения: гемодиализ / гемосорбция / плазмаферез / плазмообмен;

Респираторная поддержка:

неинвазивная _____ (дата и время начала) _____ (дата и время окончания)

инвазивная _____ (дата и время начала) _____ (дата и время окончания)

ЭКМО _____ (дата и время начала) _____ (дата и время окончания)

Лекарственный препарат	Доза	Дата / время
вазопрессорные препараты да/нет		
инотропные препараты да/нет		
компоненты крови да/нет		

24. На момент передачи информации в регистр К АС пациентка находится в отделении реанимации и интенсивной терапии / операционной / родовом отделении / профильном отделении / проводится медицинская эвакуация / выписана из МО / смерть

Пациентка:

-не нуждается в проведении телемедицинской консультации с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

-врачом АДКЦ подан запрос на проведение телемедицинской консультации с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ в экстренном / неотложном / плановом порядке проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ (дата консультации) _____.

25. Дата, время заполнения _____

26. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача АДКЦ _____

Приложение № 2
к Мероприятиям по организации
оказания неотложной медицинской
помощи женщинам в период
беременности, родов, послеродовой
период, после прерывания
беременности (аборта)
и гинекологическим больным

Форма отчета о случаях критического состояния в акушерстве в медицинских организациях Красноярского края*

Наименование субъекта Российской Федерации _____

Дата _____

Время _____

№ п/п	ФИО, год рождения	МО, в которой начато оказание медико-цинковой помощи (уровень МО)	Дата и время начала оказания помощи	Дата и время передачи информации в региональный АКДЦ	Чем обусловлена тяжесть состояния	Дата и время выезда выездной бригады	Дата и время прибытия выездной бригады	Объем оказанной помощи (специализированными бригадами)	Дата и время доставки на 3-й уровень	Состояние (исход) на текущий момент	Необходимость телемедицинской консультации	Дата снятия с дистанционного мониторинга

* формируется автоматически в информационной системе Регистра критических акушерских состояний

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурин

Мероприятия по организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи женщинам в акушерском реанимационно-консультативном центре краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

1. Работа акушерского реанимационно-консультативного центра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее - АРКЦ, перинатальный центр) по оказанию круглосуточной экстренной очной (выездной), заочной, в том числе с использованием телемедицинских технологий, консультативной и лечебной помощи женщинам группы высокого риска в период беременности, родов, после родов, женщинам после прерывания беременности (аборта) и женщинам с гинекологическими заболеваниями, поступившим в краевые государственные учреждения здравоохранения (далее-учреждения здравоохранения) и нуждающимся в реанимации и/или интенсивной терапии.

1.1. АРКЦ организуется для оказания круглосуточной экстренной, заочной, в том числе с использованием телемедицинских технологий, и очной консультативной и лечебной помощи женщинам в период беременности, родов, после родов 0-42 дня (далее-после родов), женщинам после прерывания беременности (аборта) 0-42 дня (далее-женщины после прерывания беременности (аборта)), женщинам с гинекологическими заболеваниями с состояниями, требующими оказания интенсивной терапии и реанимационной медицинской помощи, и обеспечивает круглосуточное присутствие бригады в перинатальном центре в составе: врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра – анестезистка, водитель.

1.2. Врач учреждения здравоохранения обязан обратиться в АРКЦ перинатального центра при выявлении у женщин в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями признаков синдромов и заболеваний согласно п. 3.1 и 3.2 приложения № 7 к настоящему приказу.

1.3. Поступившее сообщение в АРКЦ регистрируется в журнале регистрации обращений согласно п.12 настоящего приложения.

1.4. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ, в их отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) – дежурный врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ (далее – дежурный врач АРКЦ) на основании полученной информации, заполняет формализованную

историю болезни (далее - ФИБ), предоставляет необходимую консультацию или организует проведение консультации соответствующим профильным специалистом и совместно принимает одно из тактических решений: срочный (неотложный) выезд в учреждение здравоохранения; проведение дистанционного интенсивного наблюдения за ведением и лечением женщины, нуждающейся в реанимации и интенсивной терапии.

1.5. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ (дежурный врач АРКЦ) предоставляют информацию о поступившем сообщении в АРКЦ и согласовывают принятое тактическое решение с заведующим АРКЦ.

1.6. Заведующий АРКЦ предоставляет информацию о поступившем сообщении в АРКЦ и согласовывает принятое тактическое решение с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

1.7. В случае сложной диагностики и/или решения вопроса о целесообразности транспортировки женщин в период беременности, родов, в послеродовом периоде и женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение с главным внештатным специалистом по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края.

2. Организация срочного (неотложного) выезда в учреждение здравоохранения.

2.1. Решение о срочном (неотложном) выезде в учреждение здравоохранения принимается совместно старшим врачом акушером-гинекологом и старшим врачом анестезиологом-реаниматологом или дежурным врачом АРКЦ.

2.2. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ согласовывают решение о срочном (неотложном выезде) с заведующим АРКЦ.

2.3. Заведующий АРКЦ определяет состав бригады, осуществляющей выезд, и согласовывает решение о срочном (неотложном выезде) с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

2.4. Руководитель (ответственный дежурный врач) учреждения здравоохранения, где находится женщина в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) или женщина с гинекологическим заболеванием с состояниями, требующими оказания интенсивной терапии и реанимационной медицинской помощи, информируется старшим врачом акушером-гинекологом и/или старшим врачом анестезиологом-реаниматологом (дежурным врачом) АРКЦ о принятом решении: срочном (неотложном) выезде и рекомендациях по тактике ведения пациентки, проведении лабораторно-диагностического обследования и лечения на период организации выезда.

2.5. Выезд бригады АРКЦ перинатального центра наземным транспортом (реанимобилем) перинатального центра осуществляется в учреждения здравоохранения, расположенные менее 200 км от учреждения

здравоохранения, куда госпитализируется пациентка, и при наличии хорошей транспортной инфраструктуры (дороги).

2.6. В случае необходимости транспортировки пациентов из отдаленного (более 200 км.) или транспортно недоступного учреждения здравоохранения с использованием специализированной (санитарно-авиационной) службы краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» воздушным транспортом старший врач акушер-гинеколог или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ, незамедлительно направляет в отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (далее-ЭПКМП ККБ) заявку, включающую: фамилию, имя, отчество, возраст, адрес проживания пациентки, диагноз, цель выезда; учреждение здравоохранения, в которое осуществляется срочный (неотложный) выезд; фамилию, имя, отчество врачей, проводивших консультацию и принявших решение о срочном (неотложном) выезде; фамилию, имя, отчество врачей, осуществляющих срочный (неотложный) выезд в учреждение здравоохранения.

Поступившее сообщение в отделение ЭПКМП ККБ регистрируется в журнале отделения ЭПКМП «Журнал дежурного диспетчера отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи».

2.7. Заведующий отделением ЭПКМП ККБ проводит мероприятия по подготовке условий выезда в соответствии с действующим порядком.

2.8. Диспетчер отделения ЭПКМП ККБ сообщает в учреждение здравоохранения сведения об условиях срочного (неотложного) выезда: наземный или воздушный транспорт, дату и час выезда, состав бригады.

3. Организация экстренной медицинской эвакуации и госпитализации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями из учреждений здравоохранения в соответствующие отделения перинатального центра, краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», специализированные учреждения здравоохранения.

3.1. Решение о медицинской эвакуации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения принимается врачом акушером-гинекологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом (дежурным врачом) АРКЦ, осуществляющими срочный (неотложный) выезд.

3.2. Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ, осуществляющие срочный (неотложный) выезд, предоставляют информацию и согласовывают решение о медицинской эвакуации женщины с заведующим АРКЦ.

3.3. Заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение о медицинской эвакуации женщины с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

3.4. В случае сложной диагностики и/или решения вопроса о целесообразности медицинской эвакуации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, находящихся в учреждении здравоохранения и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение о транспортировке женщины с главным внештатным специалистом по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края.

3.5. Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ, осуществляющий срочный (неотложный) выезд и принявший решение о медицинской эвакуации пациентки, предоставляет заведующему отделением ЭПКМП ККБ информацию: сведения о пациентке (фамилия, имя, отчество, возраст, адрес проживания, диагноз, проводимое лечение, состояние женщины на момент транспортировки, указание способа транспортировки); учреждение здравоохранения, из которого осуществляется медицинская эвакуация пациентки; фамилию, имя, отчество врачей (врача), принявших решение о медицинской эвакуации пациентки из учреждения здравоохранения; учреждение здравоохранения, в которое осуществляется госпитализация пациентки; наличие или отсутствие транспортных средств (наземный или воздушный транспорт), необходимых для осуществления медицинской эвакуации пациентки.

3.6. Госпитализация женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее структурное подразделение перинатального центра осуществляется согласно перечню синдромов и заболеваний согласно пункту 6 настоящего приложения.

3.7. Госпитализация женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» осуществляется согласно перечню синдромов и заболеваний согласно пункту 7 настоящего приложения.

3.8. Заведующий АРКЦ согласовывает госпитализацию женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее отделение перинатального центра с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра; в соответствующее отделение краевого государственного

бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» -с заместителем главного врача по хирургии.

3.9. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра информирует о принятом решении о госпитализации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее отделение перинатального центра или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» консультанта отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главного внештатного специалиста по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края.

4. Дистанционное интенсивное наблюдение за состоянием женщин в период беременности, родов, после родов и женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями с состояниями, нуждающимся в интенсивной терапии и реанимации, находящихся в учреждениях здравоохранения.

4.1. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ, принявший решение о проведении дистанционного интенсивного наблюдения 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.

4.2. Каждый случай обращения в АРКЦ регистрируется в журнале регистрации обращений согласно п.12 настоящего приложения.

4.3. При каждой последующей консультации врач АРКЦ вносит данные в ФИБ.

4.4. В случае необходимости перевода пациентки на следующий этап лечения, старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ определяют учреждение здравоохранения, профиль отделения, условия транспортировки наземным или воздушным транспортом, передают сведения в ЭПКМП ККБ (при необходимости транспортировки санитарной авиацией) и согласовывают с руководителями учреждений здравоохранения перевод и госпитализацию пациентки.

4.5. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ предоставляют информацию и согласовывают принятое решение о проведении дистанционного интенсивного наблюдения за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, с заведующим АРКЦ.

4.6. Заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение о проведении дистанционного интенсивного наблюдения за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

4.7. Руководители учреждений родовспоможения, межрайонных родильных домов и межрайонных больниц предоставляют информацию о состоянии женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии и находящихся в учреждениях здравоохранения консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

4.8. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра ежедневно предоставляет консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края, информацию о женщинах, состоящих на интенсивном дистанционном наблюдении в АРКЦ.

4.9. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра ежемесячно предоставляет консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, информацию о женщинах, состоящих на интенсивном дистанционном наблюдении в АРКЦ.

5. Организационно-методическая работа АРКЦ:

Специалисты АРКЦ проводят организационно-методическую работу, включающую:

5.1. выявление и мониторинг дефектов оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов, женщинам после прерывания беременности (аборта) и женщинам с гинекологическими заболеваниями, состоявшим под наблюдением специалистов АРКЦ, с ежемесячным предоставлением анализа консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края;

5.2. внесение предложений по внедрению новых, современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнской смертности, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

5.3. участие в проведении семинаров, конференций, совещаний по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

6. Госпитализация женщин в период беременности, родов и после родов, находящихся в медицинских учреждениях здравоохранения, в перинатальный центр осуществляется при наличии следующих синдромов и заболеваний:

№	Синдромы и заболевания
1	острая сердечно-сосудистая недостаточность (за исключением пороков сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации)
2	острая дыхательная недостаточность (за исключением бактериально-вирусной пневмонии, бронхиальной астмы тяжелой степени, гормонозависимой)
3	острая печеночная недостаточность (за исключением цирроза печени, опухоли)
4	острая церебральная недостаточность (за исключением недостаточности органической этиологии - травмы, инфекции, опухоли, острого нарушения мозгового кровотока)
5	преэклампсия тяжелая, эклампсия
6	атипичные формы тяжелой преэклампсии (HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени)
7.	предлежание плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности
8.	массивные акушерские кровотечения 1500 мл. и более (обусловленные в том числе: предлежанием плаценты; преждевременной отслойкой плаценты; внематочной беременностью; шеечно-перешеечной беременностью; осложнениями интраоперационными и после прерывания беременности; гипотонией (атонией) матки; акушерским травматизмом матери, нарушением свертываемости крови) в период беременности, родов, после родов, в послеоперационном периоде и при прерывании беременности (аборта) после проведения оперативного лечения и стабилизации состояния больной
9	осложнения, связанные с проведением анестезии в период беременности, родов, после родов
10	рубец на матке с признаками несостоятельности с 22 недель беременности
11	трансфузионные нарушения
12	тяжелая постгеморрагическая анемия (исключая злокачественные заболевания крови, осложнения химиотерапии)
13	тромбоцитопения, обусловленная акушерскими состояниями, (исключая злокачественные заболевания крови, осложнения химиотерапии)
14	состояния, угрожаемые по материнскому травматизму
15	метаболические заболевания плода, требующие лечения сразу после рождения
16	врожденные пороки развития, требующие немедленной постнатальной помощи

7. Перечень синдромов и заболеваний, при наличии признаков которых, женщины в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта), с гинекологическими заболеваниями госпитализируются в профильное отделение краевого государственного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»

№	Синдромы и заболевания
1	острая сердечно-сосудистая недостаточность (включая пороки сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации)
2	острая дыхательная недостаточность (в том числе обусловленная пневмонией бактериально-вирусной этиологии, бронхиальной астмой тяжелой степени, гормонозависимой)
3	острая почечная недостаточность
4	острая печеночная недостаточность (в т.ч. цирроз печени, опухоли)
5	острая церебральная недостаточность (включая недостаточность органической этиологии-травма, опухоли, острое нарушение мозгового кровообращения)
6	ожоговая болезнь
7	острая эндокринная недостаточность
8	острая хирургическая патология желудочно-кишечного тракта с гнойно-септическими осложнениями (перитонит, сепсис, септический шок)
9	интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов (после хирургического восстановления целостности органа и стабилизации состояния больной) жительница края*
10	гнойно-септические инфекции (включая эндометрит после кесарева сечения, перитонит, сепсис, септический шок)
11	беременные, роженицы, родильницы с тяжелой экстрагенитальной патологией, в том числе:
11.1	пороки сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации
11.2	миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушением ритма или недостаточностью кровообращения
11.3	тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул почки, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки, гломерулонефрит,
11.4	бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая
11.5	системные заболевания соединительной ткани (системные васкулиты, системная красная волчанка и системная склеродермия) жительницы края*
11.6	сахарный диабет с труднокорректируемым уровнем сахара в крови и склонность к кетоацидозу
11.7	острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг, тяжелая форма эпилепсии, миастения
11.8	тяжелые травматические поражения во время беременности, родов и после родов

12	гинекологические заболевания с осложненным течением, требующим реанимации и/или интенсивной терапии, в сочетании с тяжелой соматической патологией женщины*
----	---

*жительницы города Красноярска - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»

8. Карта консультации

с реанимационно-консультативным центром (ФИБ) женщин в период беременности, родов, после родов и после прерывания беременности (аборта)
(заполняется и передается в АРКЦ при каждом обращении за консультацией)

Дата _____ время обращения _____

учреждение здравоохранения _____

Ф.И.О. врача _____

Ф.И.О. больной _____

возраст больной _____ срок беременности _____

Общие заболевания _____

Здоровье мужа _____

Гинекологические заболевания _____

Течение настоящей беременности: _____

I половина _____

II половина _____

Предыдущие беременности, исход _____

Срок беременности: _____

по первой явке _____ по менструации _____ по УЗД _____

Объективные данные: _____

Жалобы: _____

кожа _____ температура _____ сознание _____

сердечные тоны _____ АД _____ пульс _____

органы дыхания _____

органы пищеварения _____

мочевая система (симптом XII ребра) _____

отеки _____ диурез _____

Акушерский статус _____ ОЖД _____ ВДМ _____ ПМП _____ Размеры таза _____

положение плода _____ предлежание плода _____

сердечные тоны плода _____

Вагинальный статус _____

Данные лабораторных исследований _____

Данные УЗИ _____

Диагноз основной _____

Сопутствующий _____

Осложнения _____

оценка пренатальных факторов риска, сумма баллов _____ степень риска _____

План ведения беременной, родов: (вводный эпикриз I, II, III триместр беременности, этапный эпикриз в 30 и 36 недель) _____

Рекомендации _____

Ф.И.О. консультанта _____

Подпись лечащего врача _____

9. Карта консультации
с реанимационно-консультативным центром (ФИБ) женщин с гинекологическими
заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии

Дата _____ время обращения _____

учреждение здравоохранения _____

Ф.И.О. врача _____

Ф.И.О. больной _____

возраст больной _____

Общие заболевания _____

Здоровье мужа _____

Гинекологические заболевания _____

Объективные данные.

Жалобы: _____

кожа _____ температура _____ сознание _____

сердечные тоны _____ АД _____ пульс _____

органы дыхания _____

органы пищеварения _____

мочевая система (симптом XII ребра) _____

отеки _____ диурез _____

Вагинальный статус _____

Данные лабораторных исследований _____

Данные УЗИ _____

Диагноз основной _____

Сопутствующий _____

Осложнения _____

План ведения пациентки _____

Рекомендации _____

Ф.И.О.

Консультанта _____

Подпись лечащего врача _____

10. ФИБ реанимационного больного

Дата _____ Время _____
 Фамилия, имя, отчество _____
 Учреждение здравоохранения _____
 Дата рождения _____ Возраст _____
 Диагноз _____

Дата и время поступления _____
 Исход: _____

Больная осмотрена _____
 Кожные покровы _____ цвет _____ влажность _____ температура _____ сыпь _____

Гематомы _____ Отеки _____

Особенности _____
 ЦНС Седация (какие препараты применялись?, время последнего введения?, проводится или нет в данный момент?) _____

Оценка степени угнетения сознания по шкале Глазго

Балл	Глаза открываются	Словесный ответ / в т.ч. если больной на ИВЛ	Двигательная активность
1	Не реагирует на раздражители	Не реагирует	Нет ответа
2	В ответ на боль	Нечленораздельные звуки	Децеребрационная ригидность
3	В ответ на обращение	Отдельные слова / сомнительно	Декортикационная ригидность
4	Спонтанно	Дезориентирован, отвечает на вопросы	Сохранены сгибательные рефлексы
5		Ориентирован и отвечает / кажется способным отвечать	Локализует боль
6			Выполняет команды

Сумма баллов = _____

Соответствие характеристик состояния сознания по шкале Глазго традиционным терминам
 Ясное сознание – 15 баллов. Оглушение – 14-13 баллов. Сопор – 12-9 баллов

Кома (умеренная, глубокая) – 8-4 баллов. Кома (запредельная) – 3 балла.

Зрачки D S _____ мм.

Менингеальные симптомы _____

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ И ТЯЖЕСТИ ОРГАННЫХ РАССТРОЙСТВ Шкала SOFA

Оценка	Показатель	1	2	3	4
Оксигенация	PaO ₂ /FiO ₂	< 400	< 300	< 200	< 100
Коагуляция	Тромбоциты x 10 ⁹ /л	< 150	< 100	< 50	< 20
Печень	Билирубин мкмоль/л	20 – 32	33-101	102-204	> 204
Сердечно-сосудистая система	Степень инотропной и вазоактивной поддержки	САД < 70	Дофамин ≤ 5мкг/кг/мин или добутамин (любая доза)	Дофамин > 5 или адреналин / норадреналин ≤ 0,1	Дофамин > 5 или адреналин / норадреналин > 0,1
ЦНС	Показатель по шкале Глазго	13 – 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Почки	Креатинин (мкмоль/л) или олигурия	110 - 170	171 - 299	300 – 400 или < 500 мл/сут	> 440 или < 220 мл/сут

Сумма баллов _____

Респираторный статус.

	На месте	Перед выездом	В пути	Поступление в ОРИТ
Аппарат ИВЛ				
Респ поддержка				
FiO2, %				
частота дыхания				
Pip, PEEP				
Ti (сек.)				
SaO2 (%)				
Compliance				
Resistance				
pO2, мм.рт.ст.				
pCO2, мм.рт.ст.				
pH				
BE				
HCO3				

Аускультативная картина _____, осложнения: _____

Сердечно-сосудистая система

	На месте	Перед выездом	В пути	Поступление в ОРИТ
Внутривенная инфузия:				
раствор				
скорость инфузии				
Вазопрессоры (доза)				
Дополн болюс				
седация				
Мониторинг				
ЧСС (уд/мин)				
АД (мм.рт.ст.)				
Температура тела (°C)				

Осложнения: _____

Почки: диурез - объем за последние сутки (если прошло меньше суток, то с момента поступления) _____ мл/сутки Диурез на момент осмотра _____ мл/час

Какие препараты применялись для лечения _____

Цвет _____ Удельный вес мочи _____ Креатинин крови _____ мкмоль/л

Концентрация калия в плазме _____ ммоль/л Мочевина крови _____ ммоль/л

Особенности _____

Печень: пальпация _____

Альбумин сыворотки крови _____ Билирубин _____ прямой _____ не прямой _____

АсТ _____ (норма _____) АлТ _____ (норма _____) Щелочная фосфатаза _____ ПТИ _____

Особенности _____

Живот Брюшная стенка _____ Перистальтика _____

Перитонеальные симптомы _____ Дренажи _____

Особенности _____

Гемостаз : АВСК _____ ПТИ _____ Фибриноген _____ АЧТВ _____ ОФТ _____

Тромбиновое время _____ Тромбоциты _____

Особенности _____

Мочевой пузырь, матка, влагалище и др. _____

Сумма баллов: _____

Заключение: _____

Диагноз: _____

Метод родоразрешения _____

Состояние новорожденного по шкале Апгар _____
 Возможность транспортировки больной _____
 Особенности, дополнения, замечания _____
 Рекомендовано на месте: _____

11 Лист транспортировки

Расстояние (КМ) _____ Время (часы) _____

	<i>На месте</i>	<i>Перед выездом</i>	<i>В пути</i>	<i>Поступление в АРИТ</i>
Аппарат ИВЛ				
Респир поддержка				
FiO2, %				
частота дыхания				
Pip, PEEP				
Ti (сек.)				
SaO2 (%)				
Compliance				
Resistance				
pO2, мм.рт.ст.				
pCO2, мм.рт.ст.				
pH				
BE				
HCO3				
Внутривен инфузия:				
раствор				
скорость инфузии				
Вазопрессоры (доза)				
Дополн болюс				
седация				
Мониторинг				
ЧСС (уд/мин)				
АД (мм.рт.ст.)				
Температура тела (°C)				
Шкала SOFA				
Шкала Глазго				

Передана (отделение, Ф.И.О. врача) _____

Дата и время передачи больной _____

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

12. Типовой журнал регистрации обращений
(дистанционное интенсивное наблюдение) в АРКЦ

№ п/п	Учреждение здравоохранения края	Дата и время обращения	Дата и время снятия с наблюдения	Ф.И.О. больного	Возраст	срок гестации	Диагноз (в том числе проведенные ИВЛ)	Принятое решение	Условия транспортировки (санитарная авиация, реанимобиль)	Исход улучшения состояния, перевод, летальный исход)	Ф.И.О. консультируемого врача	Ф.И.О. консультирующей танга
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

13. Информация о женщинах, состоящих на дистанционном интенсивном наблюдении в АРКЦ/МАРКЦ и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии на _____ 20__ г.

№	Учреждение здравоохранения края	Ф.И.О. больной	Возраст больной	Дата диагноза	Дата обращения в АРКЦ	Дата консультирования, вылета (выезда) специалистом АРКЦ	Дата и наименование учреждения, куда переведен больной	Дефекты оказания медицинской помощи	Внесена в регистр критических акушерских состояний (далее-КАС), дата, отметка о продолжении наблюдения	Проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Всего										

*предоставляется заведующим МАРКЦ ежедневно заведующему АРКЦ перинатального центра

**предоставляется заведующим АРКЦ перинатального центра и/или заместителем главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» ежедневно консультирующему отделу организации перинатической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

14. Информация о женщинах, состоящих на дистанционном интенсивном наблюдении в АРКЦ/МАРКЦ и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии за _____ 20____ г.

№	Учреждение здравоохранения края	Ф.И.О. больной	Возраст больной	диагноз	Количество обращений	Количество вылетов (выездов)	Дата и наименование учреждения, куда переведен больной	Дефекты оказания медицинской помощи	Внесена в регистр КАС, дата, отметка о продолжении наблюдения	Проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Всего			X			X			

*предоставляется заведующим МАРКЦ еженедельно заведующему АРКЦ перинатального центра

**предоставляется заведующим АРКЦ перинатального центра и/или заместителем главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» еженедельно консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

15. Отчет* о деятельности АРКЦ
по дистанционному интенсивному наблюдению женщин в период
беременности, родов, после родов (прерывания беременности)

№ п/п	Вид деятельности АРКЦ	Районы края	город Красноярск
1	Поставлено на учет пациентов всего		
2	Проведено консультаций всего		
	в том числе:		
2.1.	врачом акушером-гинекологом		
2.2.	врачом анестезиологом – реаниматологом		
3	Количество вызовов всего:		
	в том числе:		
3.1.	врачей акушеров-гинекологов		
3.2.	врачей анестезиологов – реаниматологов		
4	Количество пациенток, транспортированных бригадой АРКЦ всего:		
4.1.	в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»		
4.2.	в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»		
4.3.	в иные учреждения родовспоможения города Красноярска (указать какое)		
4.4.	в краевые учреждения здравоохранения (указать какие)		
5	Количество пациентов, транспортированных на ИВЛ всего		
6	Распределение по нозологии всех поставленных на учет		

*предоставляется заведующим АРКЦ ежемесячно до десятого числа, следующего за отчетным, консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

16. Отчет* о деятельности АРКЦ
по дистанционному интенсивному наблюдению женщин
с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации
и/или интенсивной терапии

№ п/п	Вид деятельности АРКЦ	Районы края	г. Красноярск
1	Поставлено на учет пациентов всего		
2	Проведено консультаций всего		
	в том числе:		
2.1.	врачом акушером-гинекологом		
2.2.	врачом анестезиологом – реаниматологом		
3	Количество вызовов всего:		
	в том числе:		
3.1.	врачей акушеров-гинекологов		
3.2.	врачей анестезиологов – реаниматологов		
4	Количество пациенток, транспортированных бригадой АРКЦ всего		
4.1.	в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»		
4.2.	в КГБУЗ «Красная клиническая больница»		
4.3.	в краевые учреждения здравоохранения (указать какие)		
5	Количество пациентов, транспортированных на ИВЛ всего		
6	Распределение по нозологии всех поставленных на учет		

*предоставляется заведующим АРКЦ ежемесячно до десятого числа, следующего за отчетным, консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

Заместитель министра
 здравоохранения
 Красноярского края


 М.Ю. Бичурина

**Мероприятия по оказанию 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 после родов осуществляется в соответствии с приложениями № 1-№ 12 настоящего приказа.

2. Специализированную медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным женщинам в период беременности, родов и после родов оказывает врач инфекционист, а при его отсутствии – врач другой специальности (терапевт), прошедший тематическое усовершенствование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Руководителем медицинской организации, имеющей лицензию на медицинские услуги по специальности «акушерство и гинекология» (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерство и гинекология» (искусственное прерывание беременности)» и «инфекционные болезни», независимо от форм собственности, приказом по учреждению назначается специалист, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

Ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией назначается врач инфекционист, а при его отсутствии – врач другой специальности (терапевт), прошедший тематическое усовершенствование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией формирует заявку на антиретровирусные препараты, необходимые для лечения ВИЧ-инфекции и профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в единой информационной системе льготного лекарственного обеспечения (ЕИС ЛЛО).

Контроль за наличием антиретровирусных препаратов и экспресс-тестов для диагностики ВИЧ-инфекции осуществляет заместитель руководителя учреждения здравоохранения.

3. Обследование на ВИЧ-инфекцию беременных женщин.

3.1. При первичном обращении женщины на прием врачом акушером-гинекологом собирается анамнез с целью выявления рисков возможного инфицирования ВИЧ-инфекцией:

наличие ВИЧ-инфекции у женщины или ее мужа (полового партнера);

наличие в анамнезе незащищенных половых контактов с необследованными партнерами;

парентеральное употребление психоактивных веществ в анамнезе или в настоящее время женщиной или ее мужем (половым партнером).

3.2. При постановке на учет по диспансерному наблюдению по беременности в этот же день в процедурном кабинете женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) беременной в обязательном порядке производится забор крови для исследования на ВИЧ-инфекцию.

Обследование на ВИЧ-инфекцию является добровольным и проводится после оформления добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.

Перед направлением на обследование на ВИЧ-инфекцию врачом акушером-гинекологом проводится предварительное консультирование женщины. При проведении дотестового консультирования обсуждаются вопросы по заболеванию ВИЧ-инфекцией, по предупреждению заражения ВИЧ-инфекцией, предполагаемые результаты тестирования.

Забор крови проводится предпочтительно с помощью вакуумных систем с последующей передачей крови с направлением в лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции по месту жительства, в межрайонные центры, в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИД».

3.3. Доставка крови для исследования в лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции и получение результатов исследования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин по коду 109 осуществляется в течение 3 суток.

При постановке на учет беременной женщины осуществляется однократное обследование мужей (половых партнеров) на ВИЧ-инфекцию ВИЧ-негативных беременных в краевых государственных учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.

Направление на исследование на ВИЧ-инфекцию оформляется разборчиво (печатными буквами), указывается Ф.И.О., паспортные данные, адрес, дата рождения пациента и код: 109 для женщины, 110 - для мужа (полового партнера) беременной женщины.

3.4. При получении у беременной первичного положительного результата тестирования на ВИЧ-инфекцию проводится послетестовое консультирование, в ходе которого женщине разъясняется необходимость повторного обследования, направленного на сохранение здоровья и снижение риска заражения ребенка ВИЧ-инфекцией.

При получении отрицательного результата исследования на ВИЧ-инфекцию врачом акушером-гинекологом проводится послетестовое консультирование беременной по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования на ВИЧ-инфекцию женщины и ее мужа (сожителя, полового партнера) записываются в медицинскую документацию беременной женщины (индивидуальная карта беременной, обменная карта).

Повторные обследования беременных женщин с отрицательным результатом первичного скрининга на ВИЧ-инфекцию проводятся в 30 +/- 2 недели; в 36 недель беременности.

Беременных женщин, имеющих эпидемиологические показания, необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию ежемесячно до срока родов.

К эпидемиологическим показаниям относят: наличие у беременной женщины ВИЧ-инфицированных партнеров; наличие у беременной женщины партнеров, принимающих психоактивные вещества; употребление женщиной психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

3.5. Молекулярно-биологическое обследование беременных на РНК ВИЧ проводится:

а) при получении сомнительных результатов тестирования на ВИЧ, полученных в арбитражном исследовании (иммунный блоттинг);

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

3.6. В случае положительного или сомнительного результата исследования на ВИЧ-инфекцию, полученного из арбитражной лаборатории диагностики ВИЧ (иммуоблот положительный или сомнительный) проводится послетестовое консультирование и беременная женщина незамедлительно направляется к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту):

жители края – в учреждение здравоохранения по месту жительства к ответственному врачу за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту);

жители города Красноярск – в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

В случае отрицательного результата исследования на ВИЧ-инфекцию, полученного при повторном исследовании из арбитражной лаборатории диагностики ВИЧ (иммуоблот отрицательный), проводится послетестовое консультирование. Далее беременная женщина обследуется на ВИЧ-инфекцию в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете) через 2 недели, при получении отрицательного результата ИФА ВИЧ, следующее обследование проводится в 30-32 и 36 недель беременности.

3.7. 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 краевого государственного автономного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД», перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

4. Диспансерное наблюдение беременных ВИЧ-инфицированных:

4.1. При выявлении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины врачом, ответственным за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом) в тот же день пациентке оформляется направление на консультацию к врачу акушеру-гинекологу и передаются сведения о пациентке в соответствии со статьей 4 пунктом 4 Федерального

закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет) по месту жительства по защищенному каналу связи (VipNet).

В случае выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины врачом акушером-гинекологом женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) в тот же день оформляется направление на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту), и передаются сведения о пациентке в соответствии со статьей 4 пунктом 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по защищенному каналу связи (VipNet):

жители края – в поликлинику по месту жительства к ответственному врачу за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту);

жители города Красноярска – в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

4.2. Беременные женщины, с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция наблюдаются врачом акушером-гинекологом в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете) по месту жительства и иных медицинских организаций, имеющих лицензию на медицинские услуги по специальности «акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «инфекционные болезни» в соответствии с индивидуальным графиком наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией, согласно приказу МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее - приказ МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н), совместно с врачом, ответственным за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом).

4.3. В целях снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, для своевременного принятия решения о начале профилактического лечения антиретровирусными препаратами и определения тактики родоразрешения у ВИЧ-инфицированной беременной женщины врач, ответственный за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционист), определяет клиническую стадию ВИЧ-инфекции.

Для установления клинической стадии ВИЧ-инфекции врачом, ответственным за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом), проводится сбор анамнеза, осмотр, дополнительное обследование пациентки согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям.

4.4. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, не получающей антиретровирусную терапию, врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ –инфекцией (инфекционисту) в ранние сроки беременности (до 12 недель).

В первый визит назначается обследование согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2018 № 796н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (обследование в целях установления диагноза и подготовки к лечению) (далее-приказ МЗ РФ № 796н) и утвержденным клиническим рекомендациям в течение 7 дней.

При втором визите врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ –инфекцией (инфекционист), проводит оценку результатов исследования.

Антиретровирусные препараты назначаются незамедлительно вне зависимости от срока беременности, после оформления информированного согласия при: получении результата вирусной нагрузки РНК ВИЧ более 100000 копий/мл; CD 4 < 350 клеток; выявлении клинических показаний (стадия 2, проявление вторичных заболеваний в стадии 4).

При получении результата вирусной нагрузки РНК ВИЧ менее 100000 копий/мл назначаются антиретровирусные препараты с 14 недель беременности. Предварительно оформляется информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии.

В период с 14 до 28 недель беременности через 2 недели после назначения антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированной беременной женщине врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом), осуществляется контроль за приемом препаратов и проводится повторное обследование согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям. По результатам обследования проводится оценка безопасности назначенной схемы антиретровирусной терапии, в случае необходимости схема вертикальной профилактики может быть скорректирована.

Выбор антиретровирусной терапии у беременных осуществляется с учетом их эффективности, безопасности для матери и плода, переносимости. Утверждение схемы и назначение противовирусного лечения осуществляется по решению врачебной комиссии с указанием показаний, наименований, дозы, выбранных по жизненно важным показаниям лекарственных средств.

Врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ–инфекцией (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов.

С целью оценки эффективности и безопасности проводимой противовирусной терапии во время беременности врач инфекционист назначает пациентке:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи;

1 раз в 3 месяца – исследование крови на иммунный статус (CD-4 клетки).

РНК ВИЧ через каждые 4 недели терапии до снижения вирусной нагрузки менее порога определения тест систем, далее через каждые 3 месяца;

повторное исследование крови на РНК ВИЧ в 36 недель беременности.

По результатам исследования в 36 недель беременности врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о способе родоразрешения:

при вирусной нагрузке (РНК ВИЧ) более 1000 копий/мл показано родоразрешение путем операции кесарева сечения;

при вирусной нагрузке (РНК ВИЧ) менее 1000 копий/мл – возможно родоразрешение через естественные родовые пути;

возможно использование результатов РНК ВИЧ, полученных не позднее 1 месяца.

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине и ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ –инфекцией (инфекционисту).

При наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) во время приема антиретровирусных препаратов беременная женщина незамедлительно направляется на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ–инфекцией (инфекционисту).

Рекомендуемые сроки госпитализации для родоразрешения в 38-39 недель беременности.

4.5. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, не получающей антиретровирусную терапию, врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ–инфекцией (инфекционистом), в срок беременности более 28 недель.

В первый визит проводится сбор анамнеза, осмотр, назначение дополнительного обследования пациентки согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям.

Антиретровирусные препараты назначаются в день осмотра до получения результатов обследования после получения информированного согласия. Выбор антиретровирусной терапии у беременных осуществляется с учетом эффективности, безопасности для матери и плода, переносимости.

Утверждение схемы и назначение противовирусного лечения осуществляется по решению врачебной комиссии с указанием показаний, наименований, дозы, выбранных по жизненно важным показаниям лекарственных средств.

После назначения антиретровирусных препаратов через 2 недели врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом), осуществляется контроль за приемом антиретровирусных препаратов и проводится повторное обследование согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи

при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям. По результатам обследования проводится оценка безопасности назначенной схемы антиретровирусной терапии. После получения результатов лабораторных исследований в случае необходимости назначенная схема вертикальной профилактики может быть скорректирована.

Врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов и назначает лабораторные исследования:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи;

1 раз в 3 месяца – исследование крови на иммунный статус (CD-4 клетки).

РНК ВИЧ через 4 недели терапии ежемесячно до снижения вирусной нагрузки менее порога определения тест систем, далее каждые 3 месяца и в 36 недель беременности. По результатам обследования в 36 недель беременности врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о методе родоразрешения и предоставляется выписка о проведенной антенатальной профилактике с указанием сроков начала профилактики, схемы, режима приема препаратов, показателя РНК ВИЧ на 35-36 неделе беременности:

при уровне РНК ВИЧ более 1000 копий/мл показано родоразрешение путем плановой операции кесарева сечения на 38-39 неделе беременности;

при вирусной нагрузке РНК ВИЧ менее 1000 копий/мл – возможно родоразрешение через естественные родовые пути;

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине и ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

При наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) на получение антиретровирусных препаратов беременная женщина незамедлительно направляется на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

Рекомендуемые сроки госпитализации для родоразрешения в 38-39 недель беременности.

4.6. В период диспансерного наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией рекомендуется избегать инвазивные процедуры, повышающие риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона, кордоцентез). Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.

4.7. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач акушер-гинеколог 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.

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог женской консультации незамедлительно информирует: врача, ответственного за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекциониста) (жительницы края) или КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД» (жители города Красноярска).

5. Проведение экстренной профилактики передачи ВИЧ-инфекции матери и ребенку.

5.1. При поступлении в родильный дом (отделение) беременных женщин на родоразрешение с неизвестным ВИЧ-статусом и контактных с ВИЧ-инфицированным партнером в приемном отделении производится экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию с дальнейшим подтверждением стандартным методом диагностики ВИЧ (ИФА).

Организация экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин, поступающих в родильные дома (отделения) на родоразрешение с неизвестным ВИЧ-статусом или имеющих эпидемиологические показания с использованием быстрых простых тестов позволяет с высокой степенью вероятности выявить ВИЧ-инфекцию у женщины, провести профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и снизить риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией.

Руководителем учреждения здравоохранения приказом по учреждению определяется порядок проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию и назначаются специалисты, выполняющие экспресс-тестирование.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию выполняется медицинским сотрудником (акушером-гинекологом, медицинским лабораторным техником, медицинской сестрой или акушеркой) обученным технологии.

При поступлении беременной женщины в родильный дом (отделение) на родоразрешение с неизвестным ВИЧ статусом или имеющей эпидемиологические показания, в приемном отделении незамедлительно проводится экспресс-тестирование пациентки на ВИЧ-инфекцию после проведенного дотестового консультирования и получения добровольного информированного согласия пациентки.

Приемное отделение необходимо обеспечить неснижаемым запасом экспресс тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции.

Методика исследования выполняется строго в соответствии с инструкцией, прилагаемой к тест-системе.

Медицинский сотрудник проводит оценку результата выполненного исследования в соответствии со временем, указанным в инструкции к тест-системе. По результатам исследования проводится послетестовое консультирование.

Окончательный результат исследования на ВИЧ-инфекцию оценивается врачом акушером-гинекологом, фиксируется в медицинской документации (истории родов) и заверяется его личной подписью.

Результат тестирования на ВИЧ-инфекцию регистрируется в Журнале учета экспресс-диагностики ВИЧ-инфекции.

Выписка родильниц с неизвестным ВИЧ-статусом осуществляется после получения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию из лабораторий

диагностики ВИЧ-инфекции и проведении послетестового консультирования.

5.2. К беременным женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом относятся пациенты: при отсутствии медицинских документов (обменной карты); при отсутствии результатов исследований на ВИЧ-инфекцию в обменной карте; при отсутствии результатов исследований на ВИЧ-инфекцию в 36 недель беременности; наличие у беременной женщины ВИЧ-инфицированных партнеров, партнеров, принимающих психоактивные вещества; употребление женщиной психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

Результаты выполненного экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию записываются в историю родов.

5.3. При получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию, полученного экспресс-методом, проводится экстренная профилактика в родильном доме (отделении) врачом акушером-гинекологом, ведущим роды.

5.4. При получении отрицательного результата на ВИЧ-инфекцию экспресс-методом экстренная профилактика проводится при наличии эпидемиологических показаний: наличие у беременной женщины ВИЧ-инфицированных партнеров, партнеров, принимающих психоактивные вещества; употребление женщиной психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

Профилактические мероприятия беременной женщине (родильнице) и ее ребенку проводятся после оформления добровольного информированного согласия пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство.

5.5. Немедикаментозные меры профилактики ВИЧ-инфекции:

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.

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

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

Искусственное вскармливание ребенка с рождения с исключением прикладывания новорожденного к материнской груди.

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 36 недели беременности) более или равна 1000 коп/мл

(возможно использование результатов РНК ВИЧ, полученных не позднее 1 месяца);

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

в) антиретровирусная химиопрофилактика не проводилась во время беременности или невозможно применить антиретровирусные препараты в родах.

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

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.

5.6. Медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции:

Вводить внутривенно капельно раствор зидовудина (из расчета 2 мг/кг в течение первого часа, затем 1 мг/кг/час до пересечения пуповины) за 3 часа до планового кесарева сечения или незамедлительно при развившейся родовой деятельности, прекратить введение данного препарата после пересечения пуповины.

При отсутствии раствора зидовудина назначают его в таблетках перорально с началом родовой деятельности, в начальной дозе 600мг затем по 400 мг через 3 часа и 6 часов.

При невозможности внутривенного введения зидовудина у ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших антиретровирусные препараты перед родами, рекомендуется назначить однократный прием невирапина 200 мг в сочетании с зидовудином 300мг и ламивудином 150 мг. С первого дня после родов на 14 дней женщине назначается зидовудин 300 мг в таблетках + ламивудин.

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

5.7. Выписка родильниц с неизвестным ВИЧ-статусом осуществляется после получения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции.

5.8. При получении отрицательных результатов на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции и при отсутствии эпидемиологических показаний профилактическое лечение антиретровирусными препаратами прекращается.

При наличии эпидемиологических показаний при выписке в обменной карте беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20) женщине рекомендуется через 3 месяца пройти повторное тестирование на ВИЧ-инфекцию по месту жительства.

5.9. При получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции после родов врачом акушером-гинекологом родильного дома (отделения) назначается консультация врача, ответственного за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекциониста), который незамедлительно назначает забор крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ и иммунный статус (СД-4 клетки) для решения вопроса о продолжении антиретровирусной терапии.

5.10. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для молекулярно-генетических исследований на ВИЧ-инфекцию (ДНК ВИЧ) с помощью вакуумных систем для забора крови в специальные пробирки. Кровь направляется в лабораторию КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

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

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:

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

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);

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 психоактивные вещества или имеющей половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией.

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

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 действующими современными российскими протоколами, 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.

5.12. Врач педиатр (неонатолог) назначает ребенку в случае проведения антенатальной профилактики беременной: зидовудин внутрь в сиропе из расчета 4 мг/кг (разовая доза) 2 раза в сутки с шестого первого часа после рождения в течение 28 дней.

В случае отсутствия у матери профилактики ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами ребенку одновременно с зидовудином по 4 мг/кг 2 раза в сутки с первого часа после рождения в течение 4-х недель назначается: невирапин суспензия 2мг/кг 2раза в сутки в течение 2-х недель и ламивудин 2мг/кг 2раза в сутки в течение 4 недель.

В случаях позднего выявления ВИЧ-инфекции у матери или родов, произошедших вне лечебного учреждения, профилактика ребенку проводится в случаях если возраст ребенка не превышает трех суток (72 часа) и/или с момента последнего прикладывания к груди прошло менее трех суток (72 часа). Препараты зидовудин + ламивудин+ невирапин назначаются незамедлительно по той же схеме.

Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку по истечении 72 часов с момента прекращения контакта считается малоэффективным.

5.13. После родов врач акушер-гинеколог родильного дома (отделения) в течении 10 дней направляет «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью» (форма № 309/у в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями») в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

6. Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности, родов и новорожденному проводится после получения информированного добровольного согласия в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» согласно приложению к «Мероприятиям по оказанию медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период».

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края


М.Ю. Бичурина

Приложение к
Мероприятиям по оказанию
медицинской помощи
женщинам с ВИЧ-инфекцией
в период беременности,
родов и в послеродовой период
приказа МЗ КК от 25.01.2021
№ 55-орг

**Информированное согласие
на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции
от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному**

Я, _____, года рождения
(Фамилия, имя, отчество)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;

назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка;

чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;

тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;

все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;

как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;

если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;

после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;

принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.

Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки: _____ Дата _____

Врач _____ Дата _____
(ФИО, разборчиво) подпись

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

1. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по «акушерству и гинекологии» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии» (искусственное прерывание беременности)» или «акушерскому делу» не зависимо от форм собственности.

2. Оказание специализированной медицинской помощи женщинам при гинекологических заболеваниях включает:

2.1. амбулаторный этап, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами: в женских консультациях (акушерско-гинекологических кабинетах) районных и городских больниц, межрайонных родильных домов и межрайонных центров; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; в консультативно-диагностическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»; в консультативном отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»; консультативной поликлинике краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

2.2. стационарный этап, осуществляемый в гинекологических отделениях районных, городских и межрайонных больниц, межрайонных родильных домов, многопрофильных больниц, специализированных учреждений.

3. Правила организации деятельности гинекологического отделения медицинской организации, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения гинекологического отделения определены приложениями № 35, № 36, № 37 к приказу № 1130н.

4. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний;

оказание медицинской помощи при неотложных состояниях; санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно – просветительских моделей.

При оказании первичной медико-санитарной помощи врач акушер-гинеколог женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) взаимодействует со специалистом по социальной работе, психологом и юристом кабинета медико-социальной помощи в части осуществления мероприятий по предупреждению аборт, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежелательной беременности, формирования у женщины осознания 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 и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель, прегравидарную подготовку.

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются: цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография или ультразвуковое исследование молочных желез, ультразвуковое исследование органов малого таза.

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

С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное и ультразвуковое исследование органов малого таза.

5. По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы здоровья:

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

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

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

III группа здоровья - женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе

высокотехнологичной, медицинской помощи.

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

Группы диспансерного наблюдения:

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

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

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

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

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

6. Организация медицинской помощи с целью раннего выявления заболеваний шейки матки и при патологии шейки матки определена приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 29.09.2020 № 1273-орг.

7. Организация медицинской помощи женщинам с целью раннего выявления заболеваний молочных желез и при патологии молочных желез определена приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 06.08.2019 № 936-орг.

8. Врач акушер-гинеколог женской консультации (кабинета) проводит медицинские осмотры женщин, находящихся на диспансерном наблюдении, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

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

При наличии тяжелой экстрагенитальной патологии женщины в детородном возрасте и противопоказаний для вынашивания беременности врач акушер-гинеколог осуществляет подбор методов контрацепции.

9. В рамках оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными

опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез направляются в женскую консультацию по месту жительства для проведения диспансерного наблюдения и лечения доброкачественных диффузных заболеваний с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

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

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

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

б) вторая группа—гинекологические отделения городских больниц, специализированных гинекологических больниц, городских больниц скорой медицинской помощи, родильных домов, межрайонных перинатальных центров, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»;

в) третья А группа—гинекологические отделения краевых клинических больниц, перинатальных центров, центров охраны материнства и детства, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», краевое государственное бюджетное учреждение

здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница» № 4»; филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51».

г) третья Б группа - гинекологические стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», а также в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

11.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары:

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

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

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

11.1.4. третьей Б группы: состояния, перечисленные в пункте 11.1.3. и состояния, обусловленные гинекологической патологией для оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Для оказания плановой стационарной медицинской помощи, включая оперативную, женщинам с гинекологическими заболеваниями в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения 2 и 3 группы медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-

санитарную медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля, не зависимо от формы собственности, осуществляется предварительная запись путем направления соответствующего запроса с прикреплением копий медицинских заключений, результатов обследования и направления на консультацию в медицинской информационной системе qMS (или защищенному каналу).

12. В случае наличия медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в стационарных условиях женщины с гинекологическими заболеваниями направляются в учреждения здравоохранения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля.

12.1. Жители края направляются в гинекологические отделения:

учреждений здравоохранения по месту жительства – женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной экстренной и неотложной медицинской помощи (на территории соответствующего муниципального образования);

учреждений здравоохранения межрайонных центров – женщины с гинекологическими заболеваниями для оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи (на территории обслуживаемого муниципального образования), включая использование современных медицинских технологий, в том числе эндоскопических, эндохирургических;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» (на территории Западной группы районов и города Ачинска) женщины с гинекологическими заболеваниями при отсутствии воспалительных заболеваний женской половой сферы, гнойно-воспалительных акушерских осложнений, тяжелой соматической патологии, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ачинская межрайонная больница» женщины с гинекологическими заболеваниями в сочетании с соматической патологией, осложнениями после прерывания беременности (аборта), воспалительными заболеваниями женской половой сферы для оказания специализированной медицинской помощи, включая использование современных медицинских технологий (эндоскопических, эндохирургических);

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1» (на территории города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района) женщины с гинекологическими заболеваниями, в том числе в сочетании с соматическими заболеваниями, гнойно-септическими акушерскими осложнениями и воспалительными заболеваниями женских половых органов для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы органов;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» женщины с гинекологическими заболеваниями, включая бесплодие, при отсутствии тяжелой соматической патологии, воспалительных заболеваний женской половой сферы и гнойно-воспалительных акушерских осложнений для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы органов;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» – женщины с гинекологическими заболеваниями в сочетании с тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-воспалительными акушерскими осложнениями и осложнениями после прерывания беременности (аборта) (несостоятельностью швов на матке после операции кесарево сечение, перитонитом, сепсисом), воспалительными заболеваниями женской половой сферы, осложненными образованием tuboовариальных опухолей, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

12.2. Жители города Красноярска направляются в:

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» – женщины с гинекологической патологией, включая медицинскую помощь при бесплодии, в плановом порядке на территории Ленинского, Свердловского, Кировского, Октябрьского, Железнодорожного и Центрального районов; в экстренном порядке – на территории Свердловского, Кировского, Ленинского районов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы органов;

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1» женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке на территории мкн. Солнечный и Северный, в экстренном порядке – на территории Советского района;

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке на территории Советского района (кроме мкн. Солнечный и Северный);

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» – женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в экстренном порядке на территории Октябрьского, Железнодорожного и Центрального районов и в плановом и экстренном порядке пациенткам с тяжелой соматической патологией.

11. При плановой госпитализации женщины с гинекологическим заболеванием обязательным является предварительное обследование.

№	Перечень обследования	Срок годности
1.	анализы крови: на ВИЧ, антитела к <i>Treponema pallidum</i> , HBsAg, антитела к гепатиту С	не более 30 дней
2.	развернутый анализ крови	не более 10 дней
3.	биохимический анализ крови (общий билирубин, общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза)	
4.	коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, АЧТВ)	
5.	общий анализ мочи	
6.	микроскопическое исследование отделяемого половых органов на микрофлору	
7.	кольпоскопия, мазок с шейки матки на атипичные клетки	
8.	ЭКГ	не более 14 дней
9.	заключение терапевта (с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	
10.	флюорография	
11.	УЗИ молочных желез (женщинам до 40 лет)	не более 1 года
12.	заключение стоматолога	
13.	маммография (женщинам старше 40 лет)	не более 2 лет
14.	колоноскопия (при оперативном лечении опухолей яичников)	не более 6 месяцев
15.	ФГС (при оперативном лечении опухолей яичников, при наличии язвенного анамнеза)	не более 30 дней
16.	УЗИ органов малого таза	
17.	СА-125 (при оперативном лечении опухолей яичников)	
18.	заключение специалистов по профилю (при соматической патологии, с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	

12. Основной задачей специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательной репродукции).

Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи.

13. Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях стационара дневного пребывания.

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

В целях госпитализации пациентки в дневной стационар врачом акушером-гинекологом женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) выдается направление, выписка из индивидуальной карты беременной и родильницы или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследования.

Дневной стационар осуществляет следующие функции: проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий; проведение комплексного курсового лечения больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения; продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре, в состоянии, не требующем наблюдения в ночное и вечернее время, в условиях активного стационарного режима.

14. При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного наблюдения, пациентка незамедлительно переводится в стационар круглосуточного пребывания.

Показаниями для экстренной госпитализации в круглосуточный стационар являются: угроза жизни больной при острой гинекологической патологии; состояние больной, требующее неотложных лечебно-диагностических мероприятий и/или круглосуточного наблюдения.

15. Показаниями для плановой госпитализации в круглосуточный стационар являются: невозможность проведения лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях; состояние больной, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больной; осложненное течение беременности; территориальная отдаленность больной от стационара (с учетом потенциально возможного осложнения); неэффективность амбулаторного лечения у часто- и длительно болеющих.

16. При наличии медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» пациенты направляются в краевые или федеральные государственные учреждения здравоохранения в зависимости от наличия медицинских показаний.

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

**Мероприятия по организации оказания медицинской помощи
несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями**

1. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями (в возрасте от 0 до 17 лет включительно) осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним включает: профилактику нарушений формирования репродуктивной системы и заболеваний половых органов; раннее выявление, лечение, в том числе неотложное, и проведение медицинских реабилитационных мероприятий при выявлении гинекологического заболевания; персонифицированное консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики аборт и выбора контрацепции; санитарно-гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории обслуживания 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 несовершеннолетним с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете), в детской поликлинике, консультативной поликлинике перинатального центра и иных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», по «акушерству и гинекологии (искусственное прерывание беременности)» и (или) «педиатрии» независимо от форм собственности.

Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов.

3.1. Правила организации деятельности кабинета врача - акушера-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 38, № 39, № 40 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н.

4. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним 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 специалиста любым врачом-акушером-гинекологом, врачом-педиатром, врачом -педиатром участковым.

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

Врачи-акушеры-гинекологи, оказывающие медицинскую помощь несовершеннолетним 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 при оказании первичной медико-санитарной помощи является проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в возрастные периоды: 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно, в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез. В другие возрастные периоды осмотр несовершеннолетних проводится участковым педиатром поликлиники с последующим направлением ее к врачу-акушеру-гинекологу детской поликлиники, женской консультации при наличии медицинских показаний: зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации кожи наружных половых органов и влагалища; сращение малых половых губ; папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте; выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте; кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте; травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте; патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте; боль в животе в любом возрасте; изменение формы и величины живота в любом возрасте; увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до восьми лет; ускоренное физическое и половое развитие в возрасте до восьми лет; отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте тринадцати лет и старше; перерыв в менструациях более чем на 48 дней в пубертатном периоде (с менархе до семнадцати лет включительно); отсутствие менструации в возрасте пятнадцати лет и старше; указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности; наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен

или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте; нарушение строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте, свищи с вовлечением женских половых органов; аплазия, гипоплазия, гипермастия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, доброкачественная дисплазия молочных желез и узловые образования молочных желез, мастит в пубертатном периоде; отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от восьми до семнадцати лет включительно) более чем на 10%; повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте; задержка физического развития в любом возрасте; низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания; высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового созревания; состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте; реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно); указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза; начало сексуальных отношений; необходимость консультирования несовершеннолетней по вопросам интимной гигиены; необходимость консультирования несовершеннолетней (ее законного представителя) по вопросам вакцинирования против ВПЧ; необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ, вирусом гепатита В и С; необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных несовершеннолетних, в том числе после аборта.

6. Медицинские вмешательства детям, включая профилактический осмотр, проводятся после получения добровольного информированного 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, при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

7. При проведении профилактических осмотров 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 несовершеннолетних в возрасте 17 лет при наличии условий проводится взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка шейки матки.

8. По результатам профилактических осмотров несовершеннолетних формируются группы здоровья:

I группа - здоровые несовершеннолетние, не имеющие врожденной патологии, функциональных и морфофункциональных нарушений органов репродуктивной системы;

II группа - несовершеннолетние, имеющие в настоящее время или в течение 6 месяцев, предшествующих профилактическому осмотру:

острую травму половых органов и молочных желез, сращение малых половых губ, полип гимена, гемангиому, кисту вульвы/влагалища, гипертрофию малых половых губ, острые неосложненные воспаления вульвы и (или) влагалища и внутренних половых органов, расстройство менструаций, фолликулярную или желтого тела кисту яичника, нелактационный серозно-инфильтративный или гнойный мастит;

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

III группа - несовершеннолетние:

с хроническими заболеваниями (состояниями) органов репродуктивной системы в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями;

с хроническими рецидивирующими, доброкачественными невоспалительными (склерозирующий лихен, атопический вульвит) и воспалительными заболеваниями наружных половых органов;

с расстройством менструаций, дисменореей в течение 6 месяцев и более;

с доброкачественной опухолью матки и ее придатков;

с доброкачественными заболеваниями молочных желез;

с преждевременным половым развитием (в возрасте до семи лет включительно);

с задержкой полового развития (отсутствие роста молочных желез в возрасте старше тринадцати лет, отсутствие менархе в возрасте старше пятнадцати лет);

с аномалиями (пороками) развития внутренних половых органов;

при сочетании указанных болезней с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации;

IV группа - несовершеннолетние:

с хроническими гинекологическими заболеваниями (состояниями) в активной стадии или с частыми обострениями, с полной или частичной компенсацией функций органов репродуктивной системы;

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

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

компенсации;

V группа - несовершеннолетние:

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

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

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

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

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - несовершеннолетние с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа - несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями;

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

9. При наличии беременности у несовершеннолетней наблюдение ее осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства и иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», по «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)» независимо от форм собственности в соответствии с приложениями № 1 - № 8 настоящего приказа.

Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в соответствии с приложением № 12 к настоящему приказу.

10. Медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, направляет несовершеннолетнюю с гинекологической патологией на амбулаторно-поликлинический прием к врачу акушеру-гинекологу в консультативную поликлинику перинатального центра в случаях, когда: отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие врожденных пороков развития и нарушении полового развития.

Плановая госпитализация несовершеннолетних с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки осуществляется

при наличии результатов обследования согласно с пунктом 9 раздела IV приложения 3 к настоящему приказу.

Критерии отбора несовершеннолетних с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки: тяжесть состояния больной; необходимость хирургического вмешательства или манипуляций с использованием анестезии, необходимость подбора и проведения комплексной терапии; проведение комплексного обследования с использованием современных диагностических технологий для уточнения диагноза и для контроля за эффективностью терапии.

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

Правила организации деятельности гинекологического отделения для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения гинекологического отделения для несовершеннолетних определены приложениями № 44, № 45, № 46 к приказу № 1130н.

11. Плановая специализированная медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологической патологией (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы) оказывается в гинекологическом отделении: краевого государственного бюджетного учреждения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» на территории края, краевого государственного бюджетного учреждения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» на территории города Ачинска и Западной группы районов, краевого государственного бюджетного учреждения «Норильская межрайонная больница №1» на территории Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района и города Норильска.

12. Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с острыми гинекологическими заболеваниями (в том числе с воспалительными заболеваниями женской половой сферы), оказывается:

жителям края (с учетом состояния пациента):

в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения по месту жительства и /или

в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения на территории:

города Ачинска, Ачинского района, города Боготола, Боготольского района, города Назарово, Назаровского района, города Ужура, Ужурского района, города Шарыпово, Шарыповского района, ЗАТО Солнечный, Бирилюсского района, Большеулуйского района, Козульского района,

Тюхтетского района (далее-Западной группы районов) - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ачинская межрайонная больница» (с воспалительными заболеваниями женской половой сферы); в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства № 2» (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы);

города Канска, Канского района, Абанского района, Дзержинского района, Иланского района, Ирбейского района, Нижнеингашского района, Тасеевского района (далее-Восточной группы районов) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница»;

города Минусинска, Минусинского района, Ермаковского района, Идринского района, Каратузского района, Краснотуранского района, Курагинского района, Шушенского района (далее-Южной группы районов) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

города Лесосибирска, Казачинского района, Пировского района, Енисейского района, Северо-Енисейского района (далее-Лесосибирская группа районов) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1»;

города Красноярска, города Бородино, города Дивногорска, города Сосновоборска, Балахтинского района, Манского района, Новоселовского района, Партизанского района, Рыбинского района, Саянского района, Уярского района, Березовского района, Емельяновского района, Сухобузимского района, Большемуртинского района (далее-Центральная группа районов); Богучанского района, Кежемского района, Мотыгинского района (далее-Богучанская группа районов); Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (при отсутствии воспалительных заболеваний), в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» (с воспалительными заболеваниями органов малого таза);

в гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы) на территории края.

13. Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с воспалительными образованиями женской половой сферы (включая tuboовариальные гнойные опухоли) оказывается:

на территории Западной группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»; Восточной группы районов- в краевом государственном

бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница»; Южной группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», Лесосибирской группы районов в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», Норильской группы районов и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1».

на территории города Красноярск, Центральной, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4».

При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопию) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и/или матки при выполнении экстренной операции врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами принимается консилиумом с участием врача акушера-гинеколога, заместителя главного врача по лечебной работе (ответственного дежурного врача в ночное время и выходные дни).

14. При необходимости реабилитационного и восстановительного лечения медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях).

15. Несовершеннолетние, достигшие возраста 15 лет на территории города Красноярск, города Норильск, города Ачинск, города Канск, города Лесосибирск, города Минусинск передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога детского и подросткового возраста (специализированный прием) женской консультации.

Девушки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза.

Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и определяют группу диспансерного наблюдения.

16. Правила организации деятельности кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 38, № 39, № 40 к приказу № 1130н.

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Мероприятия по организации 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 (искусственное прерывание беременности)» независимо от форм собственности.

2. Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или стационарных условиях.

При искусственном прерывании беременности в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в случае возникновения медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, пациентка госпитализируется в медицинскую организацию соответствующего профиля и группы (уровня) для дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», оформленном в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».

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

2.1. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями и с учетом стандартов медицинской помощи.

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

(искусственному прерыванию беременности)».

3. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) по месту жительства.

4. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, направляет беременную женщину в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (поликлиники) для консультирования психологом, специалистом по социальной работе.

При отсутствии кабинета медико-социальной помощи консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию.

Деятельность кабинета медико-социальной помощи женской консультации регламентирована приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389.

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 № 47, № 48, № 49 к приказу № 1130н.

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

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

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

5.1. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

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

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

6. Перед направлением на искусственное прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель рекомендуется микроскопическое

исследование отделяемого женских половых органов, определение группы крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза.

6.1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности женщины с соматическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией обследование проводится в соответствии с пунктом 14 настоящего приложения.

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 условиях дневного стационара в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи с периодом наблюдения не менее 1,5-2 часов после приема препаратов.

9. Прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты) хирургическим методом (вакуумная аспирация) проводится в условиях дневных стационаров медицинских организаций. Продолжительность наблюдения женщины, в условиях дневного стационара после проведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины, но не менее 4 часов.

Искусственное прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты) 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 круглосуточного стационара.

Искусственное прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель производится в условиях стационара.

10. Перед хирургическим прерыванием беременности у первобеременных женщин во всех сроках, а у повторно беременных женщин после восьми недель, а также 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 ультразвуковое исследование 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 06.02.2012 № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

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 03.12.2007 № 736, в медицинских организациях формируется комиссия в составе: врача-акушера-гинеколога, врача по профилю заболевания (состояния) беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности, и руководителя медицинской организации (далее – комиссия).

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

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 в соответствии с перечнем.

№	Перечень обследования	Срок годности	
1.	группа крови, Rh -фактор	бессрочно	
2.	анализы крови: на ВИЧ, антитела к <i>Treponema pallidum</i> , HBsAg, антитела к гепатиту С;	не более 30 дней	
3.	развернутый анализ крови;	не более 10 дней	
4.	биохимический анализ крови (общий билирубин, белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза);		
5.	коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, АЧТВ);		
6.	общий анализ мочи;		
7.	микроскопическое исследование отделяемого половых органов на микрофлору		
8.	ЭКГ		не более 14 дней
9.	заключение терапевта (с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)		
10.	УЗИ органов малого таза;	не более 30 дней	
11.	заключение специалистов по профилю заболевания (при наличии соматического заболевания с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)		

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

16. При прерывании беременности во втором триместре рекомендуется проводить ультразвуковой контроль.

17. При наличии признаков неполного аборта и (или) обнаружении остатков плодного яйца проводится вакуумная аспирация или кюретаж.

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

18. При медикаментозном аборте высоком риске возникновения воспалительных заболеваний проводится антибиотикопрофилактика.

19. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины на медицинское вмешательство.

20. 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.

21. 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 аборт и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

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

23. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны матери (соматическом заболевании) при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологических отделений специализированных краевых учреждений здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния: в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

24. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) женщины при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии направляются:

в гинекологические отделения учреждений здравоохранения по месту жительства;

в гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» на территории города Красноярска, города Бородино, города Дивногорска, города Сосновоборска, Балахтинского района, Манского района, Новоселовского района, Партизанского района, Рыбинского района, Саянского района, Уярского района, Березовского района, Емельяновского района, Сухобузимского района, Большемуртинского района.

На сроке гестации до 22 недель беременности (второй триместр) при наличии тяжелой акушерской (отягощенный акушерский анамнез, более пяти беременностей, токсикоз с нарушением водно-электролитного баланса, преэклампсия, предлежание плаценты, низкая плацентация, метаболические нарушения, многоплодная беременность с фетофетальным синдромом) и гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов) беременные женщины направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания):

жители края в гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красная клиническая больница»;

жители города Красноярска в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4».

25. Несовершеннолетние для прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) и при состоянии физиологической незрелости (до достижения возраста 15 лет) на сроке гестации до 22 недель беременности (второй триместр) направляются на территории:

города Ачинска, Ачинского района, города Боготола, Боготольского района, города Назарово, Назаровского района, города Ужура, Ужурского района, города Шарыпово, Шарыповского района, ЗАТО Солнечный, Бирилюсского района, Большеулуйского района, Козульского района, Тюхтетского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»;

города Канска, Канского района, Абанского района, Держинского района, Иланского района, Ирбейского района, Нижнеингашского района, Тасеевского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница»;

города Минусинска, Минусинского района, Ермаковского района, Идринского района, Каратузского района, Краснотуранского района, Курагинского района, Шушенского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

города Лесосибирска, Казачинского района, Пировского района, Енисейского района, Северо-Енисейского района- в краевое государственное

бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1»;

города Красноярска, города Бородино, города Дивногорска, города Сосновоборска, Балахтинского района, Манского района, Новоселовского района, Партизанского района, Рыбинского района, Саянского района, Уярского района, Березовского района, Емельяновского района, Сухобузимского района, Большемуртинского района; Богучанского района, Кежемского района, Мотыгинского района; Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4».

26.Прерывание беременности на сроке гестации 22 недели и более при наличии пороков развития плода, несовместимых с жизнью, проводится в соответствии с протоколом лечения «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода» от 04.12.2018 №15-4/10/2-7839 и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 22.07.2019 № 883-орг.

27. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям со стороны матери (при тяжелой соматической патологии) с 22 недель беременности проводится в специализированных краевых государственных учреждениях здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния: краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится в указанных учреждениях здравоохранения совместно с выездной бригадой реанимационно-консультативного акушерского и неонатального центра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 13
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 25.01.2021 № 55-ор

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным детям на территории определенных районов Красноярского края в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» согласно критериям этапности оказания медицинской помощи

1. Настоящим приложением регулируются вопросы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов и новорожденным детям на территории города Минусинска, Минусинского района, Курагинского района, Каратузского района, Ермаковского района, Шушенского района, Краснотуранского района, Идринского района Красноярского края (далее-определенных районов Красноярского края) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр».

2. Критериями этапности медицинской помощи для направления беременных женщин на территории определенных районов Красноярского края в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи) являются: преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 33 недель включительно, при отсутствии противопоказаний для транспортировки; рубец на матке после 2-х и более операций кесарева сечения при сроке беременности 38-39 недель; задержка внутриутробного развития плода II-III ст.

3. Взаимодействие краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения на территории определенных районов Красноярского края и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» (далее - ГБУЗ РХ «РКПЦ») осуществляется в следующем порядке:

3.1. врач женской консультации по месту диспансерного наблюдения женщины в период беременности совместно с заведующей женской консультацией определяет медицинские показания для направления беременной женщины на территории определенных районов Красноярского края на лечение и родоразрешение в ГБУЗ РХ «РКПЦ» и выписывает направление на плановую госпитализацию;

3.2. плановая госпитализация беременной женщины согласовывается с заместителем главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ РХ «РКПЦ» по телефону (8-3902-271-800).

3.2.1. Для согласования плановой госпитализации в ГБУЗ РХ «РКПЦ» врач акушер–гинеколог краевого государственного учреждения здравоохранения направляет медицинские документы (выписку из медицинской карты (форма № 027/у) беременной женщины с указанием сведений о течении беременности, наличии акушерской и/или экстрагенитальной патологии, результатах дополнительных методов обследования и заключениях специалистов, консилиумов, проведенном лечении, заверенную подписью лечащего врача и заместителя по лечебной работе, в ГБУЗ РХ «РКПЦ» по защищенному каналу связи ViPNet.

3.2.2. После рассмотрения медицинских документов специалистами ГБУЗ РХ «РКПЦ» согласование оформляется письмом на официальном бланке за подписью главного врача (заместителя главного врача), заверяется печатью и направляется в краевое государственное учреждение здравоохранения на следующий рабочий день по электронной почте (защищенному каналу связи ViPNet).

3.3. Транспортировка женщины в период беременности при наличии показаний для госпитализации осуществляется санитарным транспортом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

3.4. Госпитализация беременной женщины в ГБУЗ РХ «РКПЦ» осуществляется при наличии медицинских документов: направления на госпитализацию (форма № 057/у-04), (с указанием подробного диагноза), заверенного подписью лечащего врача и заместителя главного врача по лечебной работе; обменной карты беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20); родового сертификата (при наличии); страхового медицинского полиса по обязательному медицинскому страхованию; документа, удостоверяющего личность; заключения специалистов по профилю сопутствующей патологии (при наличии); заключения пренатального консилиума (иного консилиума); письма о согласовании госпитализации в ГБУЗ РХ «РКПЦ», заверенного подписью руководителя.

3.5. Госпитализация беременной женщины в экстренном порядке в ГБУЗ РХ «РКПЦ» осуществляется при наличии показаний при обращении лечащего (дежурного врача) краевого государственного учреждения здравоохранения на территории определенных районов Красноярского края в отделение анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗ РХ «РКПЦ» по круглосуточному телефону (3902) 27-18-96 к дежурному врачу (анестезиологу-реаниматологу и/или акушеру-гинекологу), которые принимают решение о тактике ведения, учреждении здравоохранения для родоразрешения, необходимости медицинской эвакуации.

3.6. При наличии медицинских показаний осуществляется выездная консультация бригадой ГБУЗ РХ «РКПЦ» в целях решения вопроса о медицинской эвакуации с учетом маршрутизации больных.

Заместитель министра
здравоохранения
Красноярского края

 М.Ю. Бичурина