



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

ПРИКАЗ

01.02.2024

№ 54 / ОД

г. Чита

**Об организации оказания медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология» на территории Забайкальского края**

В соответствии с изменением маршрутизации пациенток акушерско-гинекологического профиля в связи с утверждением ГАУЗ «Агинская окружная больница» медицинской организацией второго уровня по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, на основании Положения о Министерстве здравоохранения Забайкальского края

п р и к а з ы в а ю :

1. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Забайкальского края, ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Чита» организовать и осуществлять медицинскую помощь в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н, обратив особое внимание на соблюдение порядка маршрутизации беременных, рожениц и родильниц в лечебно-профилактические учреждения в соответствии со степенью риска.

2. Утвердить:

1) Группы государственных учреждений здравоохранения в соответствии со степенью риска акушерской патологии, коечной мощностью, оснащением, кадровым обеспечением и объемами оказываемой

помощи (приложение 1);

2) Показания для госпитализации беременных, рожениц и родильниц в акушерские стационары I, II и III групп (приложение 2);

3) Порядок работы выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии - реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (приложение 3);

4) Единый порядок действий акушеров-гинекологов при возникновении тяжелых и критических состояний во время оказания акушерско-гинекологической помощи (приложение 4);

5) Порядок госпитализации беременных для лечения экстрагенитальной патологии (приложение 5);

6) Порядок госпитализации беременных на койки акушерского ухода (приложение 6);

7) Порядок госпитализации для прерывания беременности по медицинским показаниям и по социальному показанию (приложение 7);

8) Маршрутизацию пациенток с гинекологической патологией, нуждающихся в оказании стационарной помощи (приложение 8);

9) Порядок оказания амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в Забайкальском крае (приложение 9);

10) Порядок проведения телемедицинских консультаций пациенток акушерско-гинекологического профиля из медицинских организаций Забайкальского края (приложение 10);

11) Порядок проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в государственных учреждениях здравоохранения Забайкальского края (приложение 11);

12) Положение о краевом перинатальном консилиуме (приложение 12);

13) Форму талона-направления на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. (3-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (приложение 13);

14) Форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 11-14 недель беременности (приложение 14);

15) Форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности (приложение 15);

16) Регламент действий персонала центральных районных больниц в случае внезапных родов на территории обслуживания (приложение 16);

17) Порядок организации психолого-социальной помощи пациенткам акушерско-гинекологического профиля в Забайкальском крае (приложение 17);

18) Порядок оказания медицинской помощи детям с гинекологической патологией (приложение 18).

3. Руководителям ГУЗ «Краевая больница № 3»; ГУЗ «Акшинская ЦРБ»; ГУЗ «Александрово-Заводская ЦРБ»; ГУЗ «Балейская ЦРБ», ГУЗ «Газимуро-Заводская ЦРБ»; ГУЗ «Дульдургинская ЦРБ», ГУЗ «Забайкальская ЦРБ»; ГУЗ «Каларская ЦРБ», ГУЗ «Калганская ЦРБ»; ГУЗ «Карымская ЦРБ», ГУЗ «Кыринская ЦРБ», ГУЗ «Могойтуйская ЦРБ»; ГУЗ «Нерчинская ЦРБ», ГУЗ «Нерчинско-Заводская ЦРБ»; ГУЗ «Ононская ЦРБ»; ГУЗ «Приаргунская

ЦРБ»; ГУЗ «Сретенская ЦРБ», ГУЗ «Тунгокоченская ЦРБ»; ГУЗ «Улетовская ЦРБ»; ГУЗ «Чернышевская ЦРБ», ГУЗ «Шелопугинская ЦРБ» продолжить оказание медицинской помощи во время родов и в послеродовом периоде в urgentных родильных залах.

4. Главному врачу ГУЗ «Краевая клиническая больница» (Д.Б. Нардин) обеспечить работу врачебной комиссии для подтверждения наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 27 января 2022 года № 32/ОД «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Забайкальского края».

6. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя министра - начальника отдела охраны материнства и детства С.Е. Якименко.

Министр



О.В.Немакина

Согл.: С.Е.Якименко

И.Э.Бизяева

Исп.: О.Ю.Брум 8 3022 24-18-58, доб. 4547

Группы государственных учреждений здравоохранения в соответствии со степенью риска акушерской патологии, коечной мощностью, оснащением, кадровым обеспечением и объемами оказываемой помощи

I группа (низкая степень риска) – государственные учреждения здравоохранения, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога, а также urgentные родильные залы.

Родильные отделения ЦРБ:

- 1.ГУЗ «Борзинская ЦРБ»
- 2.ГУЗ «Красночикойская ЦРБ»
- 3.ГУЗ «Могочинская ЦРБ»
- 4.ГУЗ «Оловяннинская ЦРБ»
- 5.ГУЗ «Петровск-Забайкальская ЦРБ»
- 6.ГУЗ «Хилокская ЦРБ»
- 7.ГУЗ «Шилкинская ЦРБ»

Ургентные родильные залы:

- 1.ГУЗ «Краевая больница № 3»
- 2.ГУЗ «Акшинская ЦРБ»
- 3.ГУЗ «Александрово-Заводская ЦРБ»
- 4.ГУЗ «Балейская ЦРБ»
- 5.ГУЗ «Газимуро-Заводская ЦРБ»
- 6.ГУЗ «Дульдургинская ЦРБ»
- 7.ГУЗ «Забайкальская ЦРБ»
- 8.ГУЗ «Каларская ЦРБ»
- 9.ГУЗ «Калганская ЦРБ»
- 10.ГУЗ «Карымская ЦРБ»
- 11.ГУЗ «Кыринская ЦРБ»
- 12.ГУЗ «Могойтуйская ЦРБ»
- 13.ГУЗ «Нерчинская ЦРБ»
- 14.ГУЗ «Нерчинско-Заводская ЦРБ»
- 15.ГУЗ «Ононская ЦРБ»
- 16.ГУЗ «Приаргунская ЦРБ»
- 17.ГУЗ «Сретенская ЦРБ»
- 18.ГУЗ «Тунгокоченская ЦРБ»
- 19.ГУЗ «Улетовская ЦРБ»
- 20.ГУЗ «Чернышевская ЦРБ»
- 21.ГУЗ «Шелопугинская ЦРБ»

II группа (средняя степень риска) – стационары с круглосуточными дежурствами акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога и имеющие

в своем составе палаты реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных.

1. ГУЗ «Городской родильный дом»
2. ГАУЗ «Краевая больница № 4»
3. ГАУЗ «Агинская окружная больница»

III группа (высокая степень риска) - оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, имеющее в своем составе отделение акушерской реанимации и отделение реанимации новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционно-консультативный центр.

1. ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»
2. Перинатальный центр ГУЗ «Краевая клиническая больница».

Показания для госпитализации беременных, рожениц и родильниц в акушерские стационары I, II и III групп

А. Показания для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары I группы (низкая степень риска):

1. отсутствие показаний для планового кесарева сечения;
2. отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний, в том числе:
 - 2.1. увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
 - 2.2. миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
 - 2.3. хронический пиелонефрит без нарушения функции;
 - 2.4. инфекции мочевыводящих путей вне обострения и др.;
3. отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (протеинурия во время беременности, гипертензивные расстройства, задержка роста плода);
4. головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
5. отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии; отслойки нормально расположенной плаценты;
6. отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как преждевременные роды, гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

При сомнительном прогнозе предстоящего родоразрешения в отношении матери и/или плода целесообразно плановое направление пациенток в стационар более высокого уровня.

Б. Показания для госпитализации в urgentный родильный зал:

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

При родоразрешении в urgentном родильном зале информируется акушерско-анестезиологическая бригада ГКУЗ «Забайкальский территориальный центр медицины катастроф», и реанимационно-консультативная неонатальная бригада ГУЗ «Краевая детская клиническая больница». Маршрутизация родильницы и новорожденного после родов в

ургентном родильном зале, а также оформление медицинской документации представлены в Приложении 16.

В. Показания для госпитализации в стационары II группы (средняя степень риска):

- 1.пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- 2.компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- 3.заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- 4.психические заболевания;
- 5.переношенная беременность;
- 6.предполагаемый крупный плод;
- 7.анатомическое сужение таза I-II степени;
- 8.тазовое предлежание плода;
9. мертворождение в анамнезе;
10. рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения;
11. рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;
- 12.антенатальная гибель плода (при отсутствии критериев, предусмотренных пунктом Г приложения 2 настоящего Приказа);
- 13.эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный на диетотерапии с нормальной гликемией, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация);
- 14.заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);
- 15.перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.

**Маршрутизация беременных на родоразрешение
в акушерские стационары II группы**

№	Медицинская организация	Прикрепленные районы
1.	ГУЗ «Городской родильный дом»	г. Чита Балейский Каларский Карымский Красночикойский Кыринский Могочинский Нерчинский Петровск - Забайкальский Сретенский Тунгокоченский Тунгиро – Олекминский Улетовский Хилокский Чернышевский Читинский Шилкинский
3.	ГАУЗ «Агинская окружная больница»	Агинский Акшинский Дульдургинский Могойтуйский Оловянинский Ононский
2.	ГАУЗ «Краевая больница № 4»	Александрово-Заводский Борзинский Газимуро-Заводский Забайкальский Калганский Краснокаменский Нерчинско-Заводский Приаргунский Шелопугинский

**Г. Показания для госпитализации беременных, рожениц и родильниц
в стационар III А группы (высокая степень риска)
ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»:**

1. возраст беременной женщины до 18 лет, старше 40 лет;
2. преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод;
3. предлежание плаценты (полное, неполное);
4. задержка роста плода;

5. изоиммунизация при беременности;
6. метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
7. водянка плода;
8. много - и маловодие;
9. состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств;
10. заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
11. злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
12. прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;
13. 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);
14. подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;
15. поперечное и косое положение плода;
16. преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
17. кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
18. рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
19. беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
20. антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;
21. 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);
22. беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона.

Д. Показания для госпитализации беременных, рожениц и родильниц в стационар III А группы (высокая степень риска) Перинатальный центр ГУЗ «Краевая клиническая больница»:

1. заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими

- нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
2. тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
 3. заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
 4. диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
 5. заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
 6. заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
 7. эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);
 8. заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
 9. заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
 10. миастения;
 11. сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
 12. перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
 13. преждевременные роды и акушерские осложнения на любом сроке при наличии вышеперечисленных показаний и необходимости наблюдения врача-специалиста по профилю;
 14. холестаз, гепатоз беременных.

При закрытии акушерских стационаров на дезинфекционные мероприятия перераспределение потоков пациенток регламентируется дополнительными приказами Министерства здравоохранения Забайкальского края.

**Порядок работы выездной бригады скорой медицинской помощи
анестезиологии - реанимации для оказания экстренной и неотложной
медицинской помощи**

1. Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (далее – Выездная бригада) сформирована в структуре ГКУЗ «Забайкальский территориальный центр медицины катастроф» (далее – ГКУЗ «ЗТЦМК») и подразделения санитарной авиации отделения экстренной скорой медицинской помощи ГАУЗ «Краевая больница № 4» (далее – ГАУЗ «КБ№4») и состоит из врачей анестезиологов-реаниматологов, а также врачей акушеров-гинекологов. При необходимости возможно привлечение профильных специалистов.
2. При возникновении экстренных и критических ситуаций в Александрово-Заводском, Борзинском, Газимуро-Заводском, Забайкальском, Калганском, Краснокаменском, Нерчинско-Заводском, Приаргунском и Шелопугинском районах по решению специалистов ГКУЗ «ЗТЦМК» осуществляется выезд бригады подразделения санитарной авиации отделения экстренной скорой медицинской помощи ГАУЗ КБ№4, при необходимости осуществляется выезд бригады ГКУЗ «ЗТЦМК». О выезде бригады информировать главного специалиста акушера-гинеколога МЗ ЗК.
3. Выездная бригада оказывает квалифицированную экстренную акушерско-гинекологическую и анестезиолого-реанимационную помощь пациенткам акушерско-гинекологического профиля в медицинских организациях Забайкальского края, и проводит медицинскую эвакуацию беременных, родильниц и пациенток гинекологического профиля в стационары III группы.
4. Перечень клинических ситуаций, при которых вызов Выездной бригады является обязательным:
 - роды вне акушерского стационара при отсутствии акушерско-гинекологической помощи в медицинской организации;
 - роды у беременной высокого акушерского риска (по экстрагенитальной и акушерской материнской патологии) в стационаре I и II группы или в ургентном родильном зале (после консультации специалиста ГКУЗ «ЗТЦМК»);
 - кровопотеря более 1000 мл и/или геморрагический шок и/или продолжающееся кровотечение у пациентки в ГАУЗ «КБ № 4», ГАУЗ «АОБ»;

- кровотечение любого объема и/или геморрагический шок у пациентки в акушерском стационаре I группы.
- гистерэктомия (любые акушерские показания);
- релапаротомия (любые показания);
- разрыв матки;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия;
- сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;
- нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS);
- сердечная недостаточность;
- острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелая форма эпилепсии; кома любой этиологии; судорожный синдром;
- острый цианоз;
- апное (любая этиология);
- острый респираторный дистресс синдром;
- отек легких (любая этиология);
- пневмония с явлениями дыхательной недостаточности, требующей респираторной поддержки;
- другие заболевания легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности, пневмоторакса, гидроторакса, гемоторакса;
- 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);
- олигурия, резистентная к введению жидкости;
- госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания);
- осложнения анестезиологического обеспечения (любые);
- осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов;
- декомпенсация соматической патологии (любая).

5. В случае вызова Выездной бригады главный врач медицинской организации, где оказывается медицинская помощь беременной, роженице или родильнице, при необходимости, привлекает к оказанию медицинской помощи врачей той специальности, к которой относится заболевание, определившее тяжесть состояния пациентки. Также главный врач медицинской организации, вызвавшей Выездную бригаду, организует применение всех необходимых инструментальных и лабораторных методов обследования, доступных в подведомственном учреждении.

6. Решение об оказании медицинской помощи на месте или о медицинской эвакуации пациентки в ГБУЗ «ЗКПЦ» или ГУЗ «ККБ» принимается Выездной бригадой после осмотра пациентки и консультации с главным внештатным специалистом акушером-гинекологом МЗ ЗК.

7. Врачи Выездной бригады оставляют запись в истории родов или медицинской карте стационарного больного с описанием тяжести состояния и параметров, отражающих жизненно важные функции организма пациентки, проведенных медицинских вмешательствах и сделанных рекомендациях.

8. Медицинская эвакуация осуществляется на основании информированного добровольного согласия пациентки или ее законного представителя на медицинскую эвакуацию. При осуществлении медицинской эвакуации пациентка или ее законный представитель имеют право на получение информации о причинах и способе транспортировки, местонахождении и наименовании медицинской организации, куда будет госпитализирована.

9. Медицинская эвакуация пациенток осуществляется только санитарным транспортом. Во время осуществления медицинской эвакуации медицинские работники Выездной бригады осуществляют мониторинг состояния функций организма пациентки с регистрацией в карте транспортировки и оказывают необходимую экстренную помощь. Врач Выездной бригады информирует главного внештатного специалиста акушера-гинеколога МЗ ЗК о состоянии пациентки в период транспортировки и о завершении медицинской эвакуации.

**Единый порядок действий акушеров-гинекологов при возникновении
тяжелых и критических состояний во время оказания акушерско-
гинекологической помощи**

Для снижения вероятности возникновения тяжелых и критических состояний все беременные с высокой и средней степенями риска акушерской и перинатальной патологии в обязательном порядке направляются для лечения и родоразрешения в стационары соответствующего уровня.

Неотложная медицинская помощь, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период оказывается в два этапа:

1 этап осуществляется силами врачей ЦРБ после консультации со специалистами АДКЦ, затем выездной бригадой акушеров-гинекологов и анестезиологов – реаниматологов ГКУЗ «ЗТЦМК» и/или врачами подразделения санитарной авиации отделения экстренной скорой медицинской помощи ГАУЗ «КБ №4».

2 этап осуществляется в отделении анестезиологии и реанимации ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» или в ГУЗ «Краевая клиническая больница» по профилю патологии беременной, куда пациентка доставляется силами выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады.

С целью координации и повышения эффективности действий всех участников оказания неотложной помощи при возникновении тяжелых и критических состояний в период беременности, в родах и в послеродовом период на уровне медицинской организации, имеющей акушерско-гинекологическую службу, разрабатывается и утверждается руководителем учреждения «алгоритм действия при развитии экстренной ситуации в акушерстве» на основании нижеуказанных схем.

**I. При возникновении экстренных тяжелых и критических ситуаций
на уровне фельдшерско-акушерского пункта:**

1. медицинский работник немедленно вызывает бригаду скорой медицинской помощи (далее - СМП) медицинской организации, территориально расположенной ближе к населенному пункту и информирует о сложившейся ситуации дежурного администратора ЦРБ (главного врача);

2. дежурный администратор ЦРБ (главный врач) информирует о случившемся районного акушера-гинеколога с вызовом его на рабочее место;

3. районный акушер-гинеколог:

а) организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему первую медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице, до времени прибытия бригады СМП, привлекает для этого, при необходимости, анестезиолога-реаниматолога ЦРБ;

б) осуществляет подготовку ЦРБ к приему беременной женщины, роженицы или родильницы;

в) связывается с ГКУЗ «ЗТЦМК» для согласования объема медицинской помощи и вызова Выездной бригады;

4. при поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в ЦРБ, после оценки тяжести ее состояния и установления предварительного диагноза, районный акушер-гинеколог сообщает о ситуации главному внештатному специалисту акушеру-гинекологу МЗ ЗК.

II. При возникновении экстренных тяжелых и критических ситуаций в стационарах I группы:

1. Дежурная акушерка вызывает на рабочее место районного акушера-гинеколога (заведующего структурным подразделением акушерско-гинекологической службы) и второго акушера-гинеколога ЦРБ (при наличии), ставит в известность дежурного врача ЦРБ;

2. Районный акушер-гинеколог (заведующий структурным подразделением акушерско-гинекологической службы) вызывает Выездную бригаду и получает консультативную помощь от акушера-гинеколога Выездной бригады по телефону для определения комплекса неотложных мероприятий на период, необходимый для прибытия специалистов;

3. Дежурный врач ЦРБ ставит в известность главного врача ЦРБ;

4. Врач акушер-гинеколог ЦРБ вызывает хирурга ЦРБ, анестезиолога-реаниматолога ЦРБ, врача, ответственного за переливание крови в ЦРБ, лаборанта; ответственным за доставку специалистов в отделение является главный врач;

5. Районный акушер-гинеколог (заведующий структурным подразделением акушерско-гинекологической службы) начинает инфузионно-трансфузионную терапию;

6. Районный акушер-гинеколог (заведующий структурным подразделением акушерско-гинекологической службы), дежурный врач ЦРБ транспортируют женщину в операционную;

7. Врач, ответственный за переливание крови в ЦРБ, определяет группу крови и резус-фактор, готовится к переливанию компонентов крови;

8. Районный акушер-гинеколог (заведующий структурным подразделением акушерско-гинекологической службы), акушер-гинеколог ЦРБ, хирург ЦРБ, анестезиолог-реаниматолог ЦРБ проводят мероприятия по временной остановке кровотечения – лапаротомию с перевязкой маточных сосудов, компрессию матки; компрессию брюшной аорты, инфузионно-трансфузионную терапию;

9. Районный акушер-гинеколог (заведующий структурным подразделением акушерско-гинекологической службы) ставит в известность главного внештатного специалиста акушера-гинеколога МЗ ЗК.

III. При возникновении экстренных тяжелых и критических ситуаций в акушерских стационарах II группы – ГАУЗ «КБ №4», ГАУЗ «АОБ».

1. Дежурный акушер-гинеколог в обязательном порядке немедленно извещает заведующего акушерским отделением (районного акушера-гинеколога) с вызовом на рабочее место и главного врача медицинской организации.

2. Заведующий акушерским отделением (районный акушер-гинеколог) передает информацию в ГКУЗ «ЗТЦМК» с целью обеспечения квалифицированной консультативной акушерско-гинекологической помощи и определения комплекса неотложных мероприятий на период, необходимый для прибытия Выездной бригады.

3. Заведующий акушерским отделением (районный акушер-гинеколог), дежурный акушер-гинеколог, дежурный анестезиолог-реаниматолог реализуют план мероприятий, направленный на остановку кровотечения, стабилизацию состояния беременной, роженицы и родильницы до прибытия Выездной бригады;

4. Районный акушер-гинеколог сообщает о ситуации главному внештатному специалисту акушеру-гинекологу МЗ ЗК.

5. В отдельных ситуациях зависимости от состояния родильницы, главным внештатным акушером-гинекологом МЗ ЗК совместно с главным внештатным специалистом по анестезиологии и реаниматологии МЗ ЗК решается вопрос о переводе женщины в медицинскую организацию IIIА группы.

IV. При возникновении экстренных тяжелых и критических ситуаций в акушерском стационаре IIIА группы (ГБУЗ «ЗКПЦ», ПЦ ГУЗ «ККБ», II группы ГУЗ «ГРД»)

1. Ответственный дежурный акушер-гинеколог немедленно извещает заведующего акушерским или гинекологическим отделением. Заведующий акушерским или гинекологическим отделением в свою очередь информирует заместителя главного врача по акушерству и гинекологии и принимает с ним совместное решение о выезде на рабочее место.

2. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии информирует главного врача и главного акушера-гинеколога МЗ ЗК, заместителя министра-начальника отдела материнства и детства.

Порядок госпитализации беременных для лечения экстрагенитальной патологии

1. При наличии экстрагенитальной патологии, требующей стационарного лечения, беременные женщины вне зависимости от срока беременности, после консультации акушера-гинеколога госпитализируются в профильные отделения ГУЗ «ККБ». При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния. При тяжелых акушерских осложнениях в ГБУЗ «ЗКПЦ», при преобладании клиники экстрагенитальной патологии в ПЦ или профильные отделения ГУЗ «ККБ».

2. Решение о госпитализации беременной в профильное отделение для лечения экстрагенитальной патологии принимается специалистом соответствующего профиля после консультации с врачами специалистами ГУЗ «ККБ» после проведения ТМК, и при информировании главного внештатного специалиста акушера-гинеколога МЗ ЗК.

3. Во время стационарного лечения в профильном отделении обеспечиваются очные консультативные осмотры врачом акушером-гинекологом не реже 2-3 раз в неделю. Во время стационарного лечения в профильном отделении обеспечивается мониторинг состояния плода не реже 1 раза в 5-7 дней, при необходимости ультразвуковое исследование.

4. В случае присоединения акушерской патологии беременная из профильного стационара перегоспитализируется в ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» или Перинатальный центр ГУЗ «ККБ».

5. После выписки из профильного стационара беременная врачом, осуществляющим антенатальное наблюдение, направляется на консультацию в консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» для проведения очной консультации акушера-гинеколога. Порядок проведения телемедицинских консультаций приведен в Приложении №10.

Порядок госпитализации беременных на койки акушерского ухода

1. Койки акушерского ухода организуются на базе ГУЗ «ГРД», ГАУЗ «КБ № 4», ГАУЗ «АОБ».

2. На койки акушерского ухода госпитализируются беременные из всех ЦРБ, которые не имеют прямых показаний для лечения в отделении патологии беременности, но нуждаются в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений.

3. На койках акушерского ухода проводится квалифицированный уход за беременными, динамическое наблюдение за состоянием их здоровья и течением беременности, а также оздоровительные мероприятия беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, которые нуждаются в медицинской помощи и социальном уходе.

4. При наличии у беременной высокой степени акушерского и перинатального риска перед направлением ее на койку акушерского ухода необходимо проконсультировать пациентку в консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ «ЗКПЦ». Также беременная высокого риска может направляться на койку акушерского ухода после обследования и лечения в стационарах III группы.

5. Беременные со средней и низкой степенью акушерского риска подлежат направлению на койку акушерского ухода напрямую из медицинской организации, осуществляющей дородовое наблюдение.

6. Основной контингент беременных, подлежащих направлению на койку акушерского ухода:

- беременные с доношенным сроком с тазовым предлежанием плода,
- беременные с доношенным сроком с кесаревым сечением в анамнезе,
- беременные с высоким паритетом на доношенном сроке или на сроке, близком к доношенному, проживающие в отдаленных районах,
- беременные с высоким риском недонашивания, требующие постоянного наблюдения медицинского персонала,
- беременные с иными состояниями, нахождение которых в отдаленных районах может повысить риск родов в медицинской организации, не имеющей акушерских коек.
- беременные с предлежанием плаценты из районов края на сроке 28 недель. Наблюдение на КАУ осуществляется до 34 недель при отсутствии других акушерских осложнений и эпизодов антенатального кровотечения.
- беременные с высоким риском недонашивания, требующие круглосуточного наблюдения медицинского персонала (многоплодная

беременность, преждевременные роды в анамнезе, привычное невынашивание) с районов края на сроке 22 недели.

Порядок госпитализации для прерывания беременности по медицинским показаниям и по социальному показанию

1. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель и по социальному показанию проводится в условиях гинекологического отделения ГУЗ «ККБ», имеющей возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине и лицензию по профилю «акушерство и гинекология (искусственное прерывание беременности)».

2. Врачи женских консультаций и акушерско-гинекологических кабинетов медицинских организаций направляют беременных для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, как со стороны матери, так и со стороны плода, а также по социальному показанию в срок до 22 недель в гинекологическое отделение ГУЗ «ККБ»:

2.1 При наличии врожденного порока развития плода решение о прерывании беременности принимается пациенткой после ее консультирования на перинатальном консилиуме в ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» (Приложение № 12).

2.2 При наличии противопоказаний (заболеваний, состояний, при которых прерывание беременности или наносит серьезный ущерб здоровью женщины или представляет угрозу для ее жизни) вопрос о возможности вынашивания беременности решается индивидуально врачебной комиссией (далее – Комиссия) ГУЗ «ККБ» с учетом срока беременности и места прерывания беременности.

Персональный состав Комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации. Заключение Комиссии о наличии у беременной женщины заболевания (состояния), являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, оформляется письменно и заверяется подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации.

3. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям в срок 22 недели и более проводится в ГБУЗ «ЗКПЦ», при применении фетотида в гинекологическом отделении ГУЗ «ККБ».

4. После процедуры прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода пациентка с заключением перинатального консилиума и результатами патологоанатомического вскрытия акушером-гинекологом направляется на консультацию к генетику для прохождения медико-генетического консультирования.

**Стационарная плановая и экстренная гинекологическая помощь.
Маршрутизация пациенток с гинекологической патологией,
нуждающихся в оказании стационарной помощи**

Пациентки с гинекологической патологией, нуждающиеся в оказании стационарной, в том числе хирургической помощи направляется в медицинскую организацию в зависимости от сложности предстоящей операции.

Гинекологические стационары на территории Забайкальского края в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения разделяются на три группы (уровня)

Первая группа (уровень) – медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологической патологией в гинекологических палатах хирургических отделений. В этих стационарах выполняются преимущественно операции 1 и 2 категории сложности. При наличии возможности возможно проведение оперативных вмешательств 3 категории сложности, в том числе эндоскопическим способом.

первая группа (уровень) – гинекологические палаты хирургических отделений ЦРБ, в том числе ГУЗ «Краевая больница № 3», ГАУЗ «Агинская окружная больница»;

Вторая группа (уровень) – ГУЗ «Городской родильный дом», ГАУЗ «Краевая больница № 4»; выполняются операции 1, 2, 3 и 4 категорий сложности. Отделения имеют в своем штате врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов, обеспечены дежурной хирургической и анестезиологической службами.

третья А группа (уровень) – ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», ГУЗ «Краевая клиническая больница».

1. Оказание плановой гинекологической помощи

1.1 . Госпитализация в плановом порядке (при условии отсутствия тяжелой экстрагенитальной патологии) в стационары II уровня:

- рвота беременной умеренная;
- медицинские аборт;

- прерывание беременности по медицинским показаниям до 22 недель без тяжелой экстрагенитальной патологии (только в ГУЗ «ГРД»);
- подозрение на эктопическую беременность;
- хронические воспалительные заболевания женских половых органов (острое, подострое течение, гидросальпинкс, бесплодие);
- послеродовая реабилитация;
- доброкачественная опухоль матки размерами не более 16 недель гестации;
- эндометриоз (аденомиоз, эндометриозидные кисты яичников);
- опущение и выпадение внутренних половых органов в сочетании с недержанием мочи и без;
- кисты бартолиниевых желез;
- доброкачественные образования яичников на плановое оперативное лечение;
- доброкачественные заболевания шейки матки: полип, старый разрыв шейки матки, стриктура и стеноз шейки матки, для проведения реконструктивных операций.

1.2. Плановая госпитализация в гинекологическое отделение ГБУЗ «ЗКПЦ». Госпитализации в гинекологическое отделение в плановом порядке подлежат пациентки фертильного возраста (до 49 лет) по направлению врача акушера-гинеколога, наблюдающего по месту жительства и по согласованию с заведующим отделением гинекологии.

Перечень показаний для госпитализации в гинекологическое отделение в плановом порядке:

- доброкачественные опухоли придатков матки;
- доброкачественные опухоли матки;
- внутриматочная патология (гиперпластические процессы эндометрия, полипы эндометрия, подслизистая миома, аденомиоз, внутриматочные сращения, внутриматочная перегородка);
- генитальный эндометриоз;
- синдром хронических тазовых болей;
- аномалии развития женских половых органов;
- опущение и выпадение внутренних органов в сочетании с недержанием мочи и без (реконструктивные пластические операции);
- доброкачественные заболевания шейки матки, стриктура и стеноз шейки матки, рубцовые изменения для проведения реконструктивных операций;
- предгравидарная подготовка пациенток с бесплодием (лапароскопия, гистероскопия);
- синдром гиперстимуляции яичников.

1.3 Плановая госпитализация в ГУЗ «ККБ» осуществляется по тем же показаниям, что и в ГБУЗ «ЗКПЦ», а так же:

- прерывание беременности по медицинским и социальному показанию на сроке до 22 недель при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии;

- прерывание беременности по направлению пренатального консилиума при диагностике врожденных аномалий развития плода на сроке свыше 22 недель при необходимости проведения фетоцида.

2. Оказание экстренной гинекологической помощи

2.1 Пациентки, нуждающиеся в оказании экстренной гинекологической помощи из районов, направляются в ближайшие центральные районные больницы. При отсутствии круглосуточной гинекологической помощи в ближайшей ЦРБ пациентка осматривается акушером-гинекологом ЦРБ в приемном покое и принимается решение о месте оказания гинекологической помощи. При отсутствии условий/возможности транспортировки, оперативное лечение выполняется на хирургической койке с привлечением хирургов ЦРБ и акушерско-анестезиологической бригады ГКУЗ «ЗТЦМК». При возможности транспортировки пациентка направляется в медицинскую организацию ГУЗ «ККБ».

2.2 В стационары II уровня госпитализация в экстренном порядке осуществляется по следующим показаниям (при условии отсутствия тяжелой экстрагенитальной патологии, какого-либо шока (болевого, септического, геморрагического и смешанного генеза):

- угрожающий выкидыш до 22 недель и другие кровотечения в ранние сроки беременности;
- неполный внебольничный выкидыш, неразвивающаяся беременность до 22 недель;
- прерывание беременности у пациенток с аномалиями развития плода, не совместимыми с жизнью, на сроках до 22 недель по заключению пренатального консилиума и согласия пациентки;
- осложнения после абортов;
- внематочная беременность без признаков шока;
- апоплексия яичника без признаков шока;
- перекрут кисты яичника, ножки яичника и маточной трубы, разрыв кисты;
- послеродовые гнойно-воспалительные заболевания без признаков генерализации процесса;
- послеродовые кровотечения без признаков шока;
- абсцесс вульвы и бартолиниевой железы;
- воспалительные заболевания женских половых органов (острое, подострое, осложненное tuboовариальными образованиями без вовлечения в процесс параметрия и смежных органов, и генерализации процесса);
- травмы половых органов без повреждения смежных органов;
- доброкачественные опухоли матки с признаками нарушения питания, требующими оперативного лечения;
- аномальные маточные кровотечения

2.3 Показания для госпитализации в экстренном порядке в ГБУЗ «ЗКПЦ»:
- угрожающий выкидыш в сроки до 22 недель беременности у женщин с индуцированной беременностью;

- осложнения беременности после ЭКО;
- после оперативного лечения бесплодия, с привычным невынашиванием.

Госпитализация осуществляется круглосуточно по согласованию с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ «ЗКПЦ».

2.4 Перечень показаний для госпитализации в экстренном порядке в ГУЗ «ККБ»:

- угрожающий выкидыш до 22 недель беременности у женщин с сопутствующими тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями;
- беременные женщины с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями, имеющие медицинские показания для прерывания беременности;
- тяжелая рвота беременных с метаболическими нарушениями;
- шеечно-перешеечная беременность;
- послеродовая (послеабортная) кровопотеря более 1000 мл;
- прерывание беременности у пациенток с аномалиями развития плода, не совместимыми с жизнью, на сроках от 12 до 22 недель, при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии на основании заключения пренатального консилиума и согласия пациентки;
- неразвивающаяся беременность, начавшийся поздний самопроизвольный выкидыш вод у женщин с сопутствующей экстрагенитальной патологией;
- интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1500 мл); с геморрагическим шоком или без;
- тяжелый септический послеродовый (послеоперационный) метроэндометрит;
- послеоперационный (послеродовый) перитонит;
- послеродовый сепсис, сепсис во время беременности любой этиологии;
- женщины с гинекологической патологией, в сочетании с тяжелыми соматическими заболеваниями:
- гипертоническая болезнь 2 степени со стойким повышением давления выше 160/100 мм. рт. ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм. рт.ст.;
- пороки сердца с нарушением кровообращения 1 степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;
- миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;
- тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, абсцесс почек, пиелонефрит единственной почки;
- бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая, с дыхательной недостаточностью, другие заболевания легких с явлениями дыхательной недостаточности;
- ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и т.д.);
- анафилактические реакции в анамнезе.

В экстренных случаях показания к госпитализации женщины в стационар III уровня определяются консилиумом под руководством заместителя главного врача по лечебной работе ЦРБ, экстренная помощь и госпитализация согласовывается со специалистом ГКУЗ «Забайкальский территориальный центр медицины катастроф». Телефон круглосуточный: диспетчерский отдел – 36-52-53, оперативный дежурный - 36-50-30.

Медицинская эвакуация пациенток данного профиля осуществляется только санитарным медицинским транспортом (наземным или авиа) в зависимости от тяжести состояния пациентки, расстояния и в сопровождении медицинского персонала. Критерии транспортабельности определяются на местах в ЦРБ консилиумом совместно с анестезиологом-реаниматологом и акушером-гинекологом ГКУЗ «ЗТЦМК», с учетом тяжести патологии.

Порядок оказания амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в Забайкальском крае

Женские консультации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь в Забайкальском крае, в зависимости от численности обслуживаемого населения и уровня акушерского стационара медицинской организации, в составе которой находится женская консультация, делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при центральных районных больницах, в том числе ГУЗ «Краевая больница № 3»;

вторая группа (уровень) - женская консультация ГУЗ «Городской родильный дом», ГУЗ «Городская клиническая больница № 2», ГАУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы», ГАУЗ «Краевая больница № 4», ГАУЗ «Агинская окружная больница»;

третья группа (уровень) - консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр».

1. Оказание амбулаторно-поликлинической помощи гинекологическим больным

В рамках первичной медико-санитарной помощи в женских консультациях и кабинетах акушера-гинеколога центральных районных больниц осуществляется наблюдение диспансерных групп женского населения. Женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (бесплодие и невынашивание беременности) наблюдаются в ЦОЗСиР и в консультативно-диагностическом отделении (КДО) ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» соответственно.

В ГУЗ «ККБ» функционирует консультативный прием акушера-гинеколога для решения экспертных вопросов ведения гинекологической патологии. Для получения данного вида помощи в ГУЗ «ККБ» направляются пациентки из всех районов Забайкальского края.

При направлении пациентки гинекологического профиля на консультацию акушера-гинеколога ГУЗ «ККБ» акушер-гинеколог медицинской организации по месту жительства обеспечивает наличие в сопроводительной документации следующей информации:

1. Диагноз.
2. Информация о том, состоит ли пациентка на диспансерном учете, проводилось или проводится какое-либо лечение, дата и объем оперативного лечения, есть ли динамика заболевания (при консультации по поводу

патологии шейки у женщин с наличием воспалительных изменений в половых путях требуется предварительная санация влагалища).

3. Результаты дополнительного обследования:

- А) мазок на флору (давность 14 дней);
- Б) мазок на цитологию (давность 1 год);
- В) маммография (женщинам после 40 лет, давность не более 2 лет) или УЗИ молочных желез (женщинам после 35 лет, давность не более 1 года);
- Г) ультразвуковое исследование органов малого таза;
- Д) все результаты гистологического исследования эндометрия, эндоцервикса, экзоцервикса, матки, яичников (при наличии);
- Е) общий анализ крови (давность 14 дней) при наличии симптомной миомы матки, гиперпластических процессов эндометрия, аномальных и дисфункциональных маточных кровотечений;
- Ж) другие дополнительные методы обследования (при их необходимости).

4. Цель направления (например: решение вопроса об оперативном лечении, о смене схемы консервативного лечения, проведение ультразвукового исследования).

Ультразвуковые исследования гинекологическим больным выполняются в центральных районных и городских больницах сертифицированными специалистами. При необходимости пациентки направляются для проведения экспертного исследования в ГУЗ «ККБ».

2. Оказание амбулаторно-поликлинической помощи беременным

Диспансерное наблюдение беременных осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 20 октября 2020 года №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» врачом акушером-гинекологом женских консультаций и кабинетов акушера-гинеколога городских, центральных районных, участковых больниц и амбулаторий. В случае временного отсутствия акушера-гинеколога в медицинской организации по месту наблюдения беременной, наблюдение за течением беременности может осуществлять акушерка. При возникновении отклонений от нормального течения беременности и невозможности очной консультации врача акушера-гинеколога, обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога ГБУЗ «ЗКПЦ», в том числе с применением телемедицинских технологий. При необходимости беременная направляется на госпитализацию в акушерский стационар соответствующей группы.

Информация о беременной вносится в программу мониторинга беременных, которая рассчитывает степень акушерского и перинатального риска и формирует план дальнейшего обследования и ведения беременной. При наличии высокого риска развития акушерской и перинатальной патологии беременные из всех районов Забайкальского края направляются на

консультацию в ГБУЗ «ЗКПЦ». Беременной составляется план антенатального наблюдения, при необходимости устанавливаются сроки плановых госпитализаций, решается вопрос о сроке и месте родоразрешения.

В консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ «ЗКПЦ» должны быть проконсультированы беременные женщины:

1. с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно с врачами-специалистами по профилю заболевания, привлекаются специалисты поликлиники ГУЗ «ККБ»;

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

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

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

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

Перечень показаний для диспансерного наблюдения беременных в консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ «ЗКПЦ»:

1. привычное невынашивание;
2. беременность, наступившая в результате применения ЭКО;
3. случаи перинатальной смерти в анамнезе;
4. изоиммунизация плода;
5. тройня, монохориальная двойня;
6. ВПР плода;
7. возраст беременной 15 лет и менее.

3. Организация амбулаторного наблюдения за беременными с сердечно-сосудистой патологией

Врач акушер-гинеколог женских консультаций и кабинетов акушера-гинеколога медицинских организаций, осуществляющих дородовое наблюдение беременных:

1. Направляет пациентку на консультацию к кардиологу ГУЗ «ККБ», по возможности, не позднее 12 недель беременности при наличии у беременной одного или нескольких нижеперечисленных заболеваний:

- Хроническая артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь I, II и III ст., симптоматическая артериальная гипертензия)
- Врожденные пороки сердца, приобретенные пороки сердца, состояния после оперативной коррекции пороков сердца, пролапс митрального клапана с нарушением гемодинамики.
- ИБС: постинфарктный кардиосклероз, состояния после острого нарушения мозгового кровообращения.
- Дилатационная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия и другие виды кардиомиопатий.
- Перипартальная кардиомиопатия в анамнезе.
- Беременные с нарушениями сердечного ритма и проводимости сердца.
- Легочная гипертензия.

2. Обеспечивает проведение обследования беременной перед направлением на консультацию в ГУЗ «ККБ» в объеме:

- Общий анализ крови (сроки давности – не более 14 дней);
- Общий анализ мочи (сроки давности – не более 14 дней);
- Биохимический анализ крови: общий билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, общий белок, ГГТ, ЩФ (сроки давности – не более 14 дней);
- Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген, тромбоциты) (сроки давности не более 14 дней);
- ЭКГ (сроки давности – не более 14 дней);
- ЭХО-кардиография (сроки давности – не более 14 дней);
- Суточное мониторирование артериального давления (хроническая артериальная гипертензия, артериальная гипертензия, индуцированная беременностью, резистентная к гипотензивной терапии) (сроки давности – не более 6 месяцев).
- Суточное мониторирование ЭКГ (при нарушениях сердечного ритма и проводимости) (сроки давности – не более 6 месяцев).

3. Обеспечивает выполнение беременной с сердечно-сосудистой патологией рекомендаций кардиолога ГУЗ «ККБ», организует необходимые обследования на амбулаторном этапе антенатального ведения, своевременно направляет в акушерский стационар для родоразрешения.

Врач кардиолог поликлиники ГУЗ «ККБ»

1. Первичную консультацию проводит, по возможности, не позднее 12 недель беременности с целью решения вопроса о возможности ее вынашивания.

2. На консультативном приеме, на основании представленных данных дополнительного лабораторного и инструментального обследования, формулирует клинический диагноз и степень компенсации функции сердечно-сосудистой системы, дает рекомендации по дальнейшему ведению беременности, объему обследования, повторной консультации, необходимости госпитализации.

3. Повторную консультацию назначает в сроке беременности не позднее 21 недели для решения вопроса о компенсации функции сердечно-сосудистой системы и возможности пролонгирования беременности.

4. При заключительной консультации в сроке не позднее 36 недель совместно с акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом (при необходимости) определяет акушерский стационар для родоразрешения.

**Порядок проведения телемедицинских консультаций пациенток
акушерско-гинекологического профиля из медицинских организаций
Забайкальского края**

1. Порядок проведения телемедицинских консультаций с федеральными учреждениями

1.1 Лечащий врач из медицинской организации по месту наблюдения беременной или пациентки гинекологического профиля для решения вопроса о необходимости проведения телемедицинской консультации с федеральной клиникой в плановой форме направляет пациентку на консультацию в консультативно-диагностическое отделение или, при наличии соответствующих показаний, стационарное подразделение ГБУЗ «ЗКПЦ».

1.2 Акушер-гинеколог ГБУЗ «ЗКПЦ», оказывающий амбулаторную или стационарную помощь, организует консилиум с участием заведующего отделением, заместителя главного врача по акушерству и гинекологии и/или главного врача для определения показаний для телемедицинской консультации и выбора федеральной медицинской организации.

1.3 Решение о необходимости проведения телемедицинской консультации пациентки может также принять перинатальный консилиум или главный внештатный специалист акушер-гинеколог МЗ ЗК.

1.4 Информация о пациентке для телемедицинской консультации направляется в федеральную медицинскую организацию через оргметод-отдел ГБУЗ «ЗКПЦ».

Перечень документов, необходимых для проведения телемедицинской консультации, предоставляемых в оргметод-отдел ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр»:

- выписка из меддокументации с указанием медицинской организации и ее структурного подразделения, в котором пациентка проходит обследование или лечение. В выписке необходимо указать диагноз, данные анамнеза заболевания, состояние пациента, результаты дополнительных методов обследования, проводимое лечение, динамику состояния, а также название федеральной клиники и цели телемедицинской консультации;

- номер страхового полиса пациента и наименование страховой медицинской организации, СНИЛС.

- телефон лечащего врача или специалиста медицинской организации, отвечающего за телемедицинские консультации;

- данные страхового медицинского полиса, паспорта и СНИЛСа;

1.5 После назначения времени консультации лечащий врач получает указанную информацию через оргметодотдел ГБУЗ «ЗКПЦ» и обеспечивает

присутствие пациентки на консультации. Присутствие лечащего врача на телемедицинской консультации является обязательным. Также в консультировании пациентки принимает участие заведующий профильного отделения, и, при необходимости, врач ультразвуковой диагностики, а также заместитель главного врача и/или главный врач (при необходимости).

1.6 В случае нахождения пациентки за пределами г. Читы при формировании заявки на ТМК в НМИЦ предусмотреть необходимость технического подключения к ТМК медицинской организации в которой наблюдается пациентка.

1.7 По результатам телемедицинского консультирования федеральной клиникой формируется заключение, которое получает оргметодотдел ГБУЗ «ЗКПЦ». Заключение федеральной клиники распечатывается в трех экземплярах: один хранится в медицинских документах пациента, второй выдается на руки пациенту или вклеивается в обменную карту (диспансерную книжку беременной), третий хранится в оргметодотделе.

1.8 Случаи проведения телемедицинской консультации с федеральным учреждением по экстренным показаниям в связи с наличием критического акушерского состояния, в том числе у пациентов, находящихся на лечении не в ГБУЗ «ЗКПЦ», регламентированы отдельным приказом.

2. Порядок проведения внутрирегиональных телемедицинских консультаций пациенток из медицинских организаций Забайкальского края врачами - акушерами-гинекологами ГБУЗ «ЗКПЦ», ГУЗ «ККБ», ГКУЗ «ЗТЦМК».

2.1 Организация работы по данному разделу регламентирована приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 21 октября 2022 года № 663/ОД «О внедрении в эксплуатацию новой платформы «Подсистема государственной информационной системы в сфере здравоохранения Забайкальского края «Телемедицинские консультации» (далее – Приказ 663/ОД).

2.2 При необходимости проведения телемедицинской консультации пациентке акушерско-гинекологического профиля, медицинская организация, осуществляющая ее наблюдение или лечение, направляет заявку в соответствии с формой, утвержденной Приказом 663/ОД

в плановой форме - в АДКЦ ГБУЗ «ЗКПЦ».

в экстренной и неотложной форме – в ГКУЗ «ЗТЦМК».

2.3 После рассмотрения заявки (в плановой форме - в течение суток), врач-специалист направляет в медицинскую организацию по месту наблюдения информацию, в которой указываются дата и время консультации, необходимость присутствия пациентки на консультации и, в случае недостаточного обследования перед консультацией, перечень необходимых к проведению ей диагностических процедур (клинико-

лабораторные исследования, УЗИ и др.). На консультации обязательно присутствует лечащий врач пациентки и, по возможности, заведующий отделением.

2.3 Заявка на экстренную консультацию рассматривается при получении, немедленно, информация по тактике ведения, обследования, необходимых лечебных мероприятиях направляется в медицинскую организацию.

2.4 По результатам консультации врачи-специалисты ГБУЗ «ЗКПЦ», ГУЗ «ККБ», ГКУЗ «ЗТЦМК» направляют в медицинскую организацию протокол телемедицинской консультации.

**Порядок проведения дороговой диагностики нарушений развития
ребенка в государственных учреждениях здравоохранения
Забайкальского края**

Лист маршрутизации пациенток Забайкальского края в отделение
(кабинет) антенатальной охраны плода

№	Медицинская организация	Прикрепленные районы
1.	Отделение антенатальной охраны плода ГБУЗ «ЗКПЦ», 3 уровень	г. Чита, кроме женской консультации ГУЗ «ГРД» Агинский Акшинский Балейский Борзинский Газимуро-Заводский Дульдургинский Каларский Карымский Красночикойский Кыринский Могойтуйский Могочинский Нерчинский Оловянинский Ононский Петровск - Забайкальский Сретенский Тунгокоченский Тунгиро – Олекминский Улетовский Хилокский Чернышевский Читинский Шелопугинский Шилкинский
2.	Межрайонный кабинет антенатальной охраны плода ГАУЗ «Краевая больница № 4», 2 уровень.	Александрово-Заводский Забайкальский Калганский Краснокаменский

		Нерчинско-Заводский Приаргунский
3.	Кабинет антенатальной охраны плода ГУЗ «ГРД», 2 уровень.	Беременные, состоящих на учете в женской консультации ГУЗ «ГРД»

1 этап УЗИ проводится на сроке 11-14 недель. Исследования выполняют врачи-специалисты, прошедшие специальную подготовку по ультразвуковому скрининговому обследованию в I триместре, имеющие международный сертификат фонда медицины плода (FMF) и проходящие регулярный аудит навыков. В процедурных кабинетах при кабинетах антенатальной охраны плода производится забор крови беременным в сроке 11-14 недель (длина плода от 45 до 84 мм) для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией, а также преэклампсии, задержки роста плода и преждевременных родов. Образец крови с направлением, оформленным по протоколу, приведенному в Приложении 13, направляется в лабораторию ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр».

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАБОРУ КРОВИ:

- Подписать вакуумную пробирку с желтой крышкой и гелем внутри.
- Забрать кровь из вены в пробирку (объем забираемой пробы обеспечивается автоматически точно дозированным вакуумом, под действием которого кровь поступает в пробирку).
- Для получения сыворотки пробирку оставить при комнатной температуре не менее, чем на 30 минут.
- Не позднее, чем через 2 часа кровь отцентрифугировать в течение 15 минут при 2500 – 3000 об/мин (1500 – 2000 g). Во время центрифугирования формируется устойчивый гелевый барьер между форменными элементами крови и сывороткой. Сгусток крови остается под слоем геля, а сыворотка над ним.
- Отцентрифугированные пробирки хранятся в холодильнике при температуре +4 градуса Цельсия, без замораживания.
- Доставка пробирок осуществляется не реже 1 раза в 3 дня, в сумке-холодильнике с замороженным холодильным элементом (при отрицательных температурах воздуха вне помещений холодильный элемент не используется) в медико - генетическую консультацию ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр».
- Время доставки – с 9.00 до 12.00, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней.

2 этап. Исследование крови беременных женщин в сроке 11-14 недель на маркеры врожденной патологии у плода PAPP-A, бета ХГЧ. Этап завершается программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией, а также преэклампсии, задержки роста плода и преждевременных родов. При наличии высокого риска хромосомной патологии плода беременная активно вызывается на консультацию к генетику и направляется на инвазивное пренатальное исследование с последующим выполнением цитогенетических, молекулярно-генетических анализов полученных материалов отделение инвазивной пренатальной диагностики КМЦ. При наличии высокого риска преэклампсии, задержки роста плода и преждевременных родов беременная направляется на консультацию к акушеру-гинекологу консультативно-диагностического отделения «ЗКПЦ».

Ультразвуковые исследования беременных в сроках 19-21 неделя проводятся специалистами-экспертами в медицинских организациях, имеющих в структуре кабинеты антенатальной охраны плода. Основной задачей ультразвуковой диагностики в сроки 19-21 неделю является, диагностика врожденных аномалий развития плода. Кроме того, при данном УЗИ, обязательным является трансвагинальное исследование шейки матки.

Ультразвуковые исследования в иные сроки беременности проводятся по показаниям в медицинской организации, **осуществляющей антенатальное ведение беременной.** Ультразвуковое обследование во вне скрининговые сроки в ГБУЗ «ЗКПЦ» проводится по рекомендации перинатального консилиума в случае выявления каких-либо особенностей строения и развития плода во втором или третьем триместре беременности. При выявлении особенностей строения плода в третьем триместре беременности при проведении УЗИ в медицинских организациях, не имеющих кабинетов пренатальной диагностики, беременная направляется для верификации диагноза в кабинет антенатальной охраны плода ГБУЗ «ЗКПЦ» и далее, при необходимости, на перинатальный консилиум в ГБУЗ «ЗКПЦ». Протоколы ультразвуковых исследований в первом и втором триместрах беременности оформляются в соответствии с приложениями 14, 15.

Ультразвуковые исследования во внескрининговые сроки могут проводиться в медицинской организации по месту наблюдения беременной при условии наличия подготовленного специалиста. При проведении внескрининговых УЗИ во втором третьем триместре по показаниям проводится доплерометрия маточно- и фетоплацентарного кровотока. Экспертное ультразвуковое обследование при подозрении на врожденный порок развития плода производится на перинатальном консилиуме, функционирующим на базе ГБУЗ «ЗКПЦ» (приложение 12).

ПОЛОЖЕНИЕ О КРАЕВОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ КОНСИЛИУМЕ

1. Общие положения

1.1. Краевой перинатальный консилиум функционирует на базе ГБУЗ "ЗКПЦ".

1.2. Краевой перинатальный консилиум в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, МЗ ЗК и настоящим Положением.

2. Цели работы краевого перинатального консилиума

2.1. Совершенствование перинатальной помощи, преемственности ее оказания беременным с врожденными пороками развития плода и другими патологическими состояниями плода.

2.2. Снижение перинатальных потерь, младенческой и детской заболеваемости, смертности и инвалидности.

3. Задачи краевого перинатального консилиума

3.1 Экспертная диагностика патологии плода,

3.2 Определение степени тяжести поражения;

3.3 Определение прогноза для жизни плода и новорожденного и возможности коррекции порока с последующей реабилитацией;

3.5 Принятие решения вопроса о целесообразности пролонгирования и тактике ведения беременности, сроках и месте родоразрешения;

3.5 Принятие решение о проведении элиминации сердечной деятельности плода при неблагоприятном прогнозе для его жизни в сроках более 22 недель при одноплодной беременности или, как до 22 недель, так и после 22 недель при многоплодии и благоприятном прогнозе для жизни второго плода.

3.6 Предоставление беременной женщине (родителям) всесторонней медицинской информации в доступной форме о результатах ее обследования и характере выявленных аномалий развития у ее плода, а также сведений о прогнозе для жизни и здоровья плода как до, так и после рождения, о возможных методах лечения и связанном с ними рисках, возможных медицинских пренатальных и постнатальных вмешательствах, их ближайших и отдаленных исходах.

3.7 При установлении наличия врожденных аномалий развития плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, предоставление информации беременной женщине (членам семьи) о медицинской организации, имеющей лицензию на оказание данного вида медицинской помощи, как в субъекте, так и на всей территории Российской Федерации.

3.8 При установлении наличия врожденных аномалий развития плода, несовместимых с жизнью, или наличия сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, предоставление информации беременной женщине о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, и информирование о медицинской организации, в которой таковое может быть проведено.

3.9 При информированном отказе пациентки прервать беременность при наличии врожденных аномалий развития плода или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, предоставление информации о плане ее дальнейшего ведения в соответствии с порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

3.10 Внедрение методов диагностики, лечения и реабилитации в практику работы ГБУЗ «ЗКПЦ».

4. Состав перинатального консилиума

Председатель: заместитель главного врача ГБУЗ «ЗКПЦ», главный внештатный специалист акушер-гинеколог МЗ ЗК.

Секретарь: заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «ЗКПЦ».

Члены консилиума:

- 1) главный внештатный специалист генетик МЗ ЗК;
- 2) главный внештатный неонатолог МЗ ЗК;
- 3) заместитель главного врача ГБУЗ «ЗКПЦ» по оказанию педиатрической помощи;
- 4) заведующий отделением антенатальной охраны плода ГБУЗ «ЗКПЦ»;
- 5) врач акушер-гинеколог КДО ГБУЗ «ЗКПЦ» (по согласованию);
- 6) специалисты по профилю выявленной патологии у плода (детский хирург, уролог, нейрохирург, невролог, кардиолог) (по согласованию);
- 7) психолог.

Также пациентка может быть направлена на консультацию к профильному специалисту в другую медицинскую организацию с последующим предоставлением заключения на консилиум.

5. Показания к направлению на Перинатальный консилиум

5.1 выявленные пороки и аномалии развития у плода или подозрение на их наличие;

5.2 решение вопроса о проведении инвазивных методов диагностики и лечения (за исключением случаев высокого риска рождения ребенка с хромосомной патологией, полученных при программном расчете по результатам комплексного исследования в 11-14 недель).

6. Время работы, порядок направления на перинатальный консилиум и взаимодействие

6.1 Перинатальный консилиум собирается еженедельно по вторникам, время работы с 12.00 до 14.00.

6.2 Место проведения – ГБУЗ «ЗКПЦ» (г. Чита, ул. Коханского, 16). При записи необходимо сообщить диагноз, с которым беременная направляется на перинатальный консилиум.

6.3 При наличии показаний для консультации перинатальным консилиумом (п. 5) лечащий врач акушер-гинеколог, наблюдающий беременную, выдает направление, содержащее информацию о сроке беременности и диагнозе – состоянии плода, которое необходимо исключить или подтвердить на консилиуме. В ряде случаев направление на перинатальный консилиум проводится из отделения патологии беременности ГБУЗ «ЗКПЦ».

6.4 Документы, необходимые беременной на перинатальном консилиуме:

- направление лечащего врача акушера-гинеколога,
- диспансерная книжка с ультразвуковым заключением о наличии анатомических особенностей строения плода,
- страховой медицинский полис,
- паспорт.

6.5 Перинатальный консилиум оформляет заключение в трех экземплярах, содержащее результат проведенного ультразвукового исследования и рекомендации по ведению беременности, о необходимости госпитализации, о месте родоразрешения или о целесообразности прерывания беременности. Беременная с заключением консилиума знакомится в доступной форме и ставит свою подпись.

Один экземпляр заключения вносится в амбулаторную карту пациента КДО ГБУЗ «ЗКПЦ», второй должен находиться в диспансерной книжке беременной (обменной карте), третий – в индивидуальной карте беременной и родильницы.

6.6 Направление на родоразрешение беременной с установленным диагнозом аномалии развития плода, проводится врачом женской консультации в медицинскую организацию в соответствии с заключением перинатального консилиума.

6.7 В случае принятия беременной решения о прерывании беременности она до срока 22 недели она направляется в гинекологическое отделение медицинской организации в соответствии с Приложением №8 настоящего Приказа. Прерывание беременности по показаниям со стороны плода без решения перинатального консилиума не допускается!

6.8. При сроке беременности более 22 недель беременная с пороками развития плода госпитализируется в отделение гинекологии ГУЗ «ККБ», где по решению перинатального консилиума в случае неблагоприятного

прогноза для жизни плода с согласия беременной реализуется решение о выполнении элиминации сердечной деятельности плода.

6.9 Данные о выявленных (подтвержденных) пороках развития передаются в медико-генетическую консультацию.

6.10 Заключение перинатального консилиума является обязательным для выполнения лечащим врачом.

7. Документация краевого перинатального консилиума

7.1 Заключение специалистов краевого перинатального консилиума;

7.2 Журнал краевого перинатального консилиума в котором указываются: фамилия, имя, отчество беременной; медицинская организация, направившая беременную; диагноз; рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременной, родоразрешению.

8. Права краевого перинатального консилиума

8.1 Вносить в министерство здравоохранения ЗК предложения по совершенствованию работы акушерской, неонатальной и педиатрической служб области;

8.2 Получать консультативную и практическую помощь по ведению больных от высококвалифицированных специалистов любых специальностей из других субъектов Российской Федерации - по согласованию с МЗ ЗК.

8.3 Запрашивать и проводить телемедицинские консультации со специалистами федеральных клиник;

8.4 Направлять профильных больных на диагностику и лечение за пределы области в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

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

Данные о пациентке

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

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

АНАМНЕЗ: Первый день последней менструации _____

Количество беременностей (всего) _____	Количество родов (всего) _____
Количество беременностей (прогрессировавших более 24 нед.) _____	Количество родов в сроки 22-30 недель _____
Количество беременностей завершившихся в 16-30 недель _____	Количество родов в сроки 31-36 недель _____
	Количество родов после 37 недель _____

Этническая группа: _____

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

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

Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)

Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)

Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)

Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих):

да; нет (подчеркнуть)

Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности (для повторнородящих):

да, нет (подчеркнуть)

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

Зачатие: естественное; экстракорпоральное оплодотворение (далее – ЭКО); инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)
Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации _____ лет; донорская яйцеклетка: возраст донора _____ лет; донорский эмбрион: возраст донора _____ лет;
Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка: трисомия 21; трисомия 18;

трисомия 13 (подчеркнуть)

Данные об обследовании
(заполняются в КАОП 2-го уровня)

Адрес КАОП _____

Ультразвуковая диагностика: дата _____

Врач ультразвуковой диагностики (ФИО) _____ ID _____

Вес (кг) _____ Рост (см) _____

Артериальное давление: правая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм рт ст

левая рука (2 измерения) ____/____; ____/____ мм рт ст

Количество плодов: _____

Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная (подчеркнуть)

КТР (мм) плод 1 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР):

КТР (мм) плод 2 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР):

КТР (мм) плод 3 ТВП (мм) _____ Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР):

Биохимический скрининг: Дата взятия крови: _____

Место для наклейки штрих-кода

ФИО и подпись медсестры ОК ПД: _____

Штамп КАОП

М.П. врача КАОП

Примечание:

Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии и статистического учета случаев

Форма
протокола скринингового ультразвукового исследования
женщин в 11-14 недель беременности

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения	
Номер исследования	Дата исследования
ФИО беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности _____ нед _____ дней
Вид исследования - трансабдоминальный/транвагинальный (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Хориальность/ амниальность при многоплодии (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ (указать) отсутствует (подчеркнуть)	
Фетометрия (мм), соответствует сроку беременности:	
Копчико-теменной размер (КТР) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Бипариетальный диаметр (БПР) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Окружность головы (ОГ) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Другие фетометрические показатели (по показаниям) _____	
Толщина воротникового пространства (ТВП) _____ мм	
Оценка дополнительных УЗ-маркеров ХА ¹	
Носовая кость (НК): визуализируется, не визуализируется, не удалось оценить (подчеркнуть)	
Трикуспидальная регургитация: да, нет (подчеркнуть)	
Пульсационный индекс в венозном протоке (ПИ) (указать) _____	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения ² , не удалось оценить)	
Голова: - череп - срединные структуры - сосудистые сплетения	Живот: - желудок - кишечник - передняя брюшная стенка - мочевого пузыря
Лицо: - глазницы¹ - профиль	Позвоночник:

¹ Оценка не является обязательной.

² При выявлении изменений требуется подробное описание.

Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: Не обнаружено (подчеркнуть) обнаружено (описать):	
Особенности строения плода: (указать)	
Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть), др. (указать) _____ Пуповина: количество сосудов (указать¹) _____ Место прикрепления к плаценте: центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть (подчеркнуть) Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения²)	
Шейка матки (цервикометрия) _____ (мм)	
ПИ в маточных артериях _____ слева _____ справа	
Визуализация:	
- удовлетворительная (подчеркнуть) / затруднена в связи с (указать причину): _____	
Заключение:	
Беременность _____ нед _____ дней	
Рекомендации:	
ФИО врача ультразвуковой диагностики:	

Форма
протокола скринингового ультразвукового исследования
женщин в 19-21 неделю беременности

Номер исследования	Дата исследования
ФИО беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности ____ нед ____ дней
Срок беременности по скрининговому УЗИ в 1 триместре ____ нед ____ дней (при несоответствии гестационному сроку)	
Вид исследования (трансабдоминальный/трансвагинальный) (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) ____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) ____ ритмичное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) ____	
Фетометрия (оценить в мм с указанием соответствия процентильным значениям при отклонении)	
Бипариетальный размер (БПР) ____ мм ()	Окружность живота (ОЖ) ____ мм ()
Окружность головы (ОГ) ____ мм ()	Длина бедра (ДБ) ____ мм ()
Длина других костей ³ ____	
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть)	
Предполагаемая масса плода ____ грамм (указать процентиль для данного срока ____)	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения ⁴ , не удалось оценить)	
Голова: - кости свода черепа - полость прозрачной перегородки - срединные структуры - задние рога боковых желудочков: справа ____ мм; слева ____ мм - мозжечок ____ мм, (указать процентиль для данного срока ____) - большая цистерна ____ мм Лицо: - губы - профиль - глазницы - нос, ноздри Шея:	Расположение внутренних органов (подчеркнуть) Нормальное (situs solitus), Зеркальное (situs inversus), Неопределенное (situs ambiguous) Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез - срез через 3 сосуда и трахею - левый выносящий тракт⁵ - правый выносящий тракт³ Брюшная полость -желудок - кишечник - почки

³ Оценка проводится по показаниям

⁴ При выявлении изменений требуется подробное описание

⁵ Оценка проводится по показаниям

	- мочевого пузыря - область пупочного кольца
Позвоночник:	Конечности:
Грудная клетка:	- правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: Не обнаружено (подчеркнуть) Обнаружено (описать)	
Особенности строения плода: наличие эхо-маркеров ХА (подчеркнуть)	
укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, вентрикуломегалия, другое (указать)	
Планта:	
- расположение: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть)	
- структура: норма, выявлены изменения (указать)	
_____).	
- положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на _____ мм, доходит, перекрывает область внутреннего зева)	
Кесарево сечение в анамнезе: да, нет (подчеркнуть)	
Если да, перекрывает ли плацента область послеоперационного рубца: да, нет (подчеркнуть)	
Количество вод (подчеркнуть: норма, маловодие, многоводие), при изменении количества вод: ИАЖ _____ мм, либо МВК _____ мм	
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения ³)	
Шейка матки (цервикометрия) _____ (мм)	Количество сосудов пуповины (указать): _____ Место прикрепления к плаценте: (подчеркнуть) центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть
Визуализация: - удовлетворительная (подчеркнуть), - затруднена в связи с _____ (указать)	
Заключение: Беременность _____ нед. _____ дней	
Рекомендации:	
ФИО врача УЗИ:	

Настоящая форма протокола УЗИ может быть использована для внескрининговых сроков 2 триместра и 3 триместра.

При многоплодной беременности значения показателей оформляются дробью:

значение показателей верхнего плода

значение показателей нижнего плода

Регламент действий персонала центральных районных больниц в случае внезапных родов на территории обслуживания

1. Беременные обеспечиваются номерами телефонов скорой помощи и приемного отделения ЦРБ.

2. В случае вызова бригады скорой помощи на роды **фельдшер бригады** на месте принимает решение о госпитализации роженицы в ЦРБ или о транспортировке ее в ближайший акушерский стационар в зависимости от степени акушерского риска (степень риска и стационар для родоразрешения указываются в диспансерной книжке беременной акушером-гинекологом). При развитии активной родовой деятельности роженица доставляется в ЦРБ.

3. В случае транспортировки в ЦРБ на этапе следования в приемное отделение на место вызываются врач акушер-гинеколог и акушерка. Фельдшер скорой помощи информирует по рации диспетчера, который оповещает акушера-гинеколога и акушерку (номера сотовых телефонов всех акушеров-гинекологов и всех акушерок должны быть у диспетчера скорой помощи в обязательном порядке).

4. Роженица доставляется в urgentный родовой зал, оборудованный в ЦРБ в составе хирургического или гинекологического отделений, где осматривается **акушером-гинекологом** и принимается окончательное решение о приеме родов в ЦРБ или транспортировке в ближайший акушерский стационар в зависимости от степени акушерского риска.

5. В случае приема родов в ЦРБ на место вызывается **дежурный педиатр**, владеющий методами оказания первичной реанимационной помощи в родзале. Роды в ЦРБ ведутся акушером-гинекологом или акушеркой на резервной койке. Осмотр новорожденного после рождения осуществляет педиатр.

6. В случае отсутствия в ЦРБ акушерки и акушера-гинеколога на момент родов, прием родов осуществляет **любой медицинский работник** из дежурного персонала ЦРБ. В этом случае обязательным является вызов Выездной бригады.

7. Если акушер-гинеколог принял решение транспортировать роженицу из ЦРБ в акушерский стационар, транспортировка осуществляется бригадой скорой помощи в сопровождении **акушерки**. Главным врачам ЦРБ, не имеющей акушерского стационара, необходимо иметь резервную бригаду скорой помощи на случай внезапных родов.

8. В случае, если в ЦРБ, не имеющей акушерского стационара, нет свободной машины скорой помощи для транспортировки роженицы в ближайший родильный дом, ее доставка на роды осуществляется **скорой**

помощью ближайшего государственного образования, в котором имеется акушерское отделение.

Номер телефона скорой помощи, находящейся в соседнем районе, должен быть в приемном отделении ЦРБ, не имеющей акушерского стационара.

Акушерский стационар **не имеет права отказать** в приеме роженицы из соседнего района вне зависимости от степени ее акушерского риска. В случае, если роженица с высокой степенью акушерского риска с родовой деятельностью доставляется в стационар I или II группы, дежурный акушер-гинеколог ЦРБ консультирует пациентку со специалистами ГКУЗ «ЗТЦМК», при необходимости вызывает на себя Выездную бригаду и реанимационно-консультативную неонатальную бригаду ГУЗ «КДКБ».

9. В случае поступления роженицы в ЦРБ с начинающимися или начавшимися преждевременными родами до 34 полных недель в латентной фазе (до 3 см раскрытия маточного зева) транспортировка в акушерский стационар II или III группы проводится в сопровождении акушерки на фоне токолитической терапии. Предпочтительнее использовать препарат для безопасного токолиза, включенный в список ЖНВЛП – атосибан.

Также возможна транспортировка с применением препаратов, не зарегистрированных для токолиза, но имеющих токолитический эффект, доказанный в клинических исследованиях. В этом случае требуется решение врачебной комиссии медицинской организации и информированное добровольное согласие беременной.

Нифедипин 20 мг внутрь, далее, если сокращения матки сохраняются, через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 часов ИЛИ

Индометацин (только до 32 недель) 50-100 мг ректально или per os однократно.

В приемном отделении ЦРБ выполняется инъекция 8 мг дексаметазона, начинается антибиотикопрофилактика с соответствиями с клиническими рекомендациями при преждевременном излитии околоплодных вод. При транспортировке оформляется карта наблюдения при эвакуации беременных с преждевременными родами, в которой указывается время введения и доза препаратов, а также состояние пациентки в процессе транспортировки, ее гемодинамические характеристики, сердцебиение плода и сократительная активность матки, характер выделений из половых путей.

Решение о транспортировке и ее конечном пункте принимает акушер-гинеколог ЦРБ совместно с акушером-гинекологом Выездной бригады согласно сроку беременности, акушерской ситуации и имеющейся сопутствующей патологии. В отдельных случаях транспортировку осуществляют врачи акушеры-гинекологи выездной бригады ГБУЗ «ЗТЦМК».

10. В случае преждевременных родов, произошедших в ЦРБ, не имеющей акушерского стационара, **акушер-гинеколог или акушерка** информирует врача ЦРБ, владеющего методиками реанимации и интенсивной терапии новорожденного, а также реанимационно-консультативную бригаду

ГУЗ «КДКБ», которая принимает решение о необходимости выезда к новорожденному. В ЦРБ должен быть разработан и утвержден алгоритм действия персонала при рождении недоношенного ребенка или ребенка в тяжелом состоянии, который определяет участие всех возможных сотрудников ЦРБ по оказанию помощи такому ребенку.

11. В случае родов, произошедших в ЦРБ без акушерских коек, родильница и новорожденный в течение кратчайшего периода времени должны быть транспортированы в акушерское отделение и отделение новорожденных в ближайший акушерский стационар. В этом случае в медицинской организации, где произошли роды, на пациентку оформляется медицинская карта стационарного больного. История родов оформляется в медицинской организации, куда транспортирована родильница с пометкой «роды вне акушерского стационара». В случае перегоспитализации новорожденного из ЦРБ в ГУЗ «КДКБ» родильница остается на лечении в ЦРБ или перегоспитализируется в гинекологическое отделение ближайшей к месту лечения ее ребенка медицинской организации. В этом случае в ЦРБ, где произошли роды, оформляются история родов и история развития новорожденного.

12. В случае возникновения чрезвычайной ситуации при родоразрешении в ЦРБ необходимо следовать имеющемуся в медицинской организации алгоритму действий при развитии тяжелой и критической ситуации в акушерстве и гинекологии (Приложение № 5).

13. Акушеры-гинекологи ЦРБ ведут тщательное антенатальное наблюдение беременных в полном соответствии с действующими федеральными клиническими рекомендациями.

14. Акушеры-гинекологи ЦРБ с акушерами-гинекологами ГБУЗ «ЗКПЦ» - кураторами районов – своевременно дифференцируют беременных по степени акушерского риска и заблаговременно направляют их в акушерские стационары соответствующей группы в плановом порядке, обозначая медицинскую организацию для родоразрешения на титульном листе диспансерной книжки беременной.

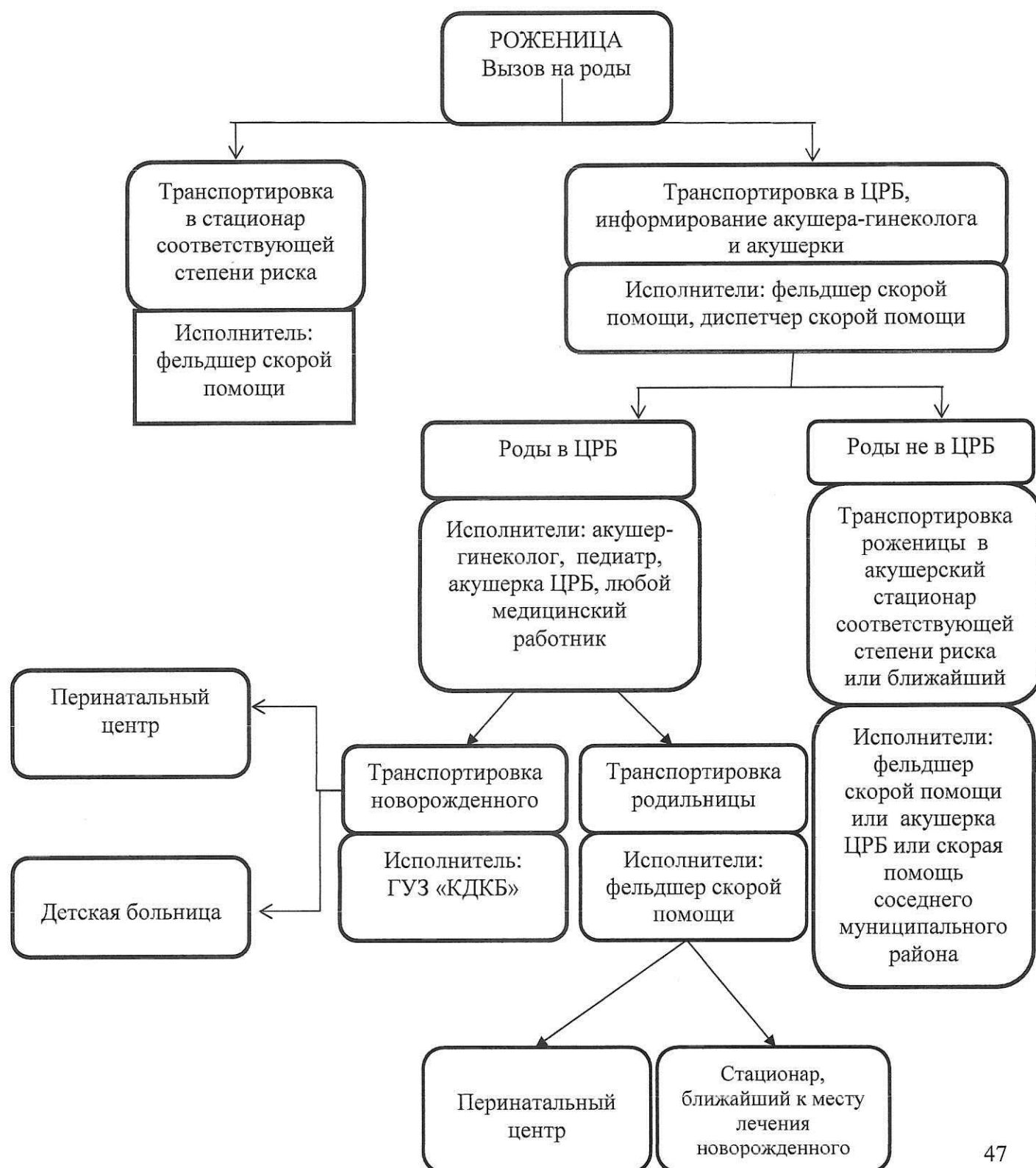
15. В случае отсутствия медицинских показаний для дородовой госпитализации беременная из отдаленного района может быть госпитализирована на койку акушерского ухода в соответствии с Приложением № 6.

16. Усилия районных акушеров-гинекологов должны быть направлены на санитарно-просветительскую работу, посвященную важности ранней постановки на диспансерный учет по беременности и необходимости плановой госпитализации в акушерский стационар. В случае необходимости, районный акушер-гинеколог и/или акушерка обязаны проводить подворные обходы с целью осуществления контроля за беременными, не посещающими женскую консультацию.

17. О каждом случае родов вне родильного отделения акушер-гинеколог ЦРБ в течение следующего рабочего дня письменно докладывает главному

внештатному специалисту акушеру-гинекологу МЗ ЗК с указанием возможных причин. При необходимости главным внештатным специалистом акушером-гинекологом из ЦРБ может быть запрошена медицинская документация. В случае выявления дефектов в оказании медицинской помощи в ЦРБ информация направляется в МЗ ЗК.

Алгоритм действий медицинского персонала центральных районных больниц в случае внезапных родов на территории обслуживания



Организация психолого-социальной помощи пациенткам акушерско-гинекологического профиля в Забайкальском крае.

1. Психолого-социальная помощь – это комплекс мероприятий (услуг), направленных на сохранение и поддержание психологического и социального благополучия пациентов.

2. Целью психолого-социальной помощи является содействие в обеспечении психологического благополучия и социальной поддержки пациентов и сотрудников медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля, создание условий для охраны репродуктивного здоровья человека с учетом его индивидуальных, половозрастных и других особенностей.

3. Психолого-социальная помощь оказывается психологами, медицинскими психологами и социальными работниками в кабинетах психологической помощи женских консультаций и акушерских стационаров медицинских организаций. Службой реализуются следующие задачи:

- Психологическое обеспечение лечебно-диагностического процесса;
- Создание условий для индивидуально-личностного подхода к каждому пациенту путем реализации работы с медицинским персоналом;
- Создание условий для медико-психологической реабилитации пациентов;
- Оказание социально-правовой поддержки пациентам, в т.ч. оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- Создание психологических условий для формирования установок на рождение и воспитание детей, ценностей семьи и ответственного родительства.

4. Основные направления работы психологов, медицинских психологов и социальных работников: проведение лекционных занятий для беременных женщин; а также психологическое и психолого-социальное консультирование и сопровождение следующих категорий пациенток:

- в ситуации репродуктивного выбора с последующим сопровождением при постановке на учет по беременности;
- беременные с выявленными ВПР плода;
- беременные с риском отказа от новорожденного;
- социально неблагополучные пациентки;
- женщины, попавшие в трудную жизненную ситуацию;
- пациентки, имеющие в анамнезе перинатальные потери на различных сроках гестации;

- беременные, имеющие психические или неврологические заболевания;
- пациентки с бесплодием (в т.ч. в анамнезе),
- пациентки с беременностью после ВРТ;
- беременные с проявлениями эмоциональной лабильности, с проявлениями повышенной тревожности;
- несовершеннолетние беременные.

Все вышеуказанные категории женщин в обязательном порядке должны направляться на консультацию к психологу, медицинскому психологу, социальному работнику медицинской организации.

Кроме того психологами и социальными работниками проводится консультирование по основам психопрофилактики в сфере репродуктивного здоровья, а также консультирование по различным вопросам психологического характера, в т.ч. по запросу.

Перечень направлений работы каждого специалиста регулируется в соответствии с должностными инструкциями по месту работы, в зависимости от специфики медицинской организации и должен включать указанные категории пациенток.

5. В рамках методической поддержки специалистов, на базе Перинатального центра организуются конференции, мастер-классы, обучающие семинары, сессии супервизии для медицинских психологов и социальных работников женских консультаций и акушерско-гинекологических стационаров края.

6. При необходимости получения пациентками женских консультаций и акушерско-гинекологических стационаров медицинских организаций области регулярной психологической или психолого-социальной помощи они акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства направляются к штатному психологу и социальному работнику. В случае отсутствия в штате медицинской организации указанных специалистов, пациентки акушером-гинекологом направляются в территориально ближайшее учреждение, имеющие в штате необходимых специалистов. В случае отсутствия в территориально ближайшем учреждении указанных специалистов, такие пациентки направляются акушером-гинекологом в центр медико-социальной помощи ГБУЗ «ЗКПЦ».

7. В ходе работы по вопросам профилактики социального сиротства (отказов от новорожденных), осуществляется непрерывное сопровождение пациенток, имеющих риск отказа от новорожденного, а также социально неблагополучных пациенток, пациенток, попавших в трудную жизненную ситуацию, в том числе, через передачу соответствующей информации специалистам акушерского стационара, в котором планируется родоразрешение. В этом случае, схема оказания помощи осуществляется следующим образом: прием акушера-гинеколога, далее медицинский психолог, психолог женской консультации, затем Служба ГБУЗ «ЗКПЦ».

**Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с
гинекологическими заболеваниями (в возрасте до 17 лет включительно)
(далее - несовершеннолетние)**

Медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается в следующих условиях:

Амбулаторно: ЦРБ, ФАП, ГУЗ «ДКМЦ г. Читы», поликлиническое отделение ГУЗ «КДКБ».

Дневной стационар: ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» - общеполитическое отделение.

Стационарно: ГУЗ «КДКБ», ГУЗ «ККБ».

Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с острыми гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в ГУЗ «Краевая клиническая больница».

Плановая медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в ГУЗ «Краевая детская клиническая больница».

Проведение прерывания беременности несовершеннолетним проводится в гинекологическом отделении ГУЗ «ККБ» после обязательного консультирования специалистами Центра медико-социальной помощи ГБУЗ «ЗКПЦ».