



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(Депздрав Югры)**

П Р И К А З

**Об организации акушерско-гинекологической и неонатальной помощи
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре**

от 7 мая 2021 года
Ханты-Мансийск

№ 657

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»» в целях профилактики материнской, перинатальной и младенческой смертности **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Группы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (далее – автономный округ) (приложение 1).

1.2. Перечень распределения медицинских организаций автономного округа, оказывающих медицинскую помощь по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология», по принадлежности к перинатальным центрам (приложение 2).

1.3. Перечень медицинских организаций автономного округа, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным (приложение 3).

1.4. Перечень и схему взаимодействия консилиумов медицинских организаций автономного округа при оказании медицинской помощи беременным высокой группы риска с экстрагенитальными заболеваниями и врожденными пороками развития у плода (приложение 4).

1.5. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (приложение 5).

1.6. Алгоритм оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями (приложение 6).

1.7. Формы заключений врача-акушера-гинеколога о возможности вынашивания беременности в 12 и 20 недель беременности (приложение 7).

1.8. Форму информирования беременной о сроках дородовой госпитализации и месте планового родоразрешения (приложение 8).

1.9. Форму информированного добровольного отказа от прерывания беременности при выявлении несовместимых с жизнью врождённых пороков развития плода (тяжёлых врождённых заболеваний) (приложение 9).

1.10. План ведения беременности (приложение 10).

2. Главным врачам медицинских организаций автономного округа:

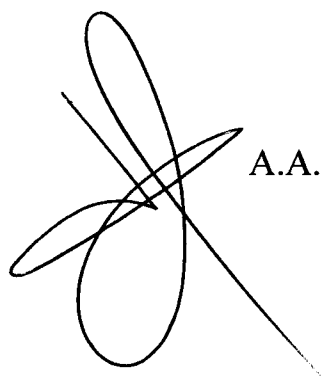
2.1. Обеспечить оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, пациенткам с гинекологическими заболеваниями в соответствии с приложениями к настоящему приказу.

2.2. Обеспечить тематическое обучение врачей-акушеров-гинекологов по вопросам патологии молочной железы, медицинских работников, выполняющих экспресс-тестирование на ВИЧ, по вопросам диагностики ВИЧ, врачей ультразвуковой диагностики – по ультразвуковому скринингу 1 триместра.

3. Признать утратившими силу приказ Департамента здравоохранения автономного округа от 31 августа 2017 года № 910 «Об организации акушерско-гинекологической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

4. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Малхасьяна М.В.

Директор Департамента



А.А. Добровольский

Приложение 1 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Группы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

Группа (уровень)		Учреждения и подразделения перинатальной помощи	Учреждения оказания акушерско-гинекологической помощи
I	Акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в составе ургентный родильный зал: Медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам, новорождённым с низкой степенью риска по перинатальной патологии и репродуктивным потерям, не имеющих гестационных осложнений и экстрагенитальной патологии при настоящей беременности и в прошлом.	БУ «Берёзовская районная больница», БУ «Игримская районная больница», БУ «Кондинская районная больница», БУ «Октябрьская районная больница», БУ «Покачевская городская больница»	БУ «Лянторская городская больница», БУ «Нефтеюганская районная больница», БУ «Нижевартовская районная больница», БУ «Нижнесортгымская участковая больница», БУ «Новоаганская районная больница», БУ «Октябрьская районная больница», БУ «Пионерская районная больница», БУ «Федоровская городская больница», БУ «Ханты-Мансийская районная больница»
II	Медицинская помощь беременным, роженицам и родильницам, новорождённым со средней степенью	БУ «Белоярская районная больница», БУ «Когалымская городская больница», БУ «Лангепасская городская больница»,	БУ «Сургутская городская клиническая больница»

	риска по перинатальной патологии и репродуктивным потерям, имеющим осложненное течение беременности, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, компенсированную соматическую патологию.*	БУ «Мегионская городская больница», БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив», БУ «Няганская окружная больница» родильное отделение, БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница», БУ «Радужнинская городская больница», АУ «Советская районная больница», БУ «Урайская городская клиническая больница», БУ «Югорская городская больница»	
III А	Медицинская помощь беременным, роженцам и родильницам с высокой степенью риска по материнской смертности, перинатальной патологии и репродуктивным потерям, имеющим осложненное течение беременности, в том числе преждевременные роды менее 36 недель гестации, заболевания и пороки развития плода, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, декомпенсированную соматическую патологию, новорожденным. Экстрakorпоральное оплодотворение в окружных клинических перинатальных центрах городов Ханты-Мансийска и Сургута.*	БУ «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства», БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр», БУ «Окружная клиническая больница»	БУ «Няганская окружная больница», БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

*Примечание. Этапность оказания медицинской помощи не исключает передачу полномочий учреждения на более высокий уровень

**Группы медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь гинекологическим больным
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре**

Группа (уровень) гинекологических отделений	Медицинские организации
I группа (уровень) Состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи (при удаленности ближайшего гинекологического стационара более 100 км и временем доставки пациентов более 60 мин.) Искусственное прерывание беременности в первом триместре.	БУ «Березовская районная больница» БУ «Игримская районная больница» БУ «Кондинская районная больница» БУ «Октябрьская районная больница» БУ «Ханты-Мансийская районная больница» БУ «Нефтеюганская районная больница» БУ «Федоровская городская больница» БУ «Лянторская городская больница» БУ «Нижневартовская районная больница» БУ «Новоаганская районная больница» БУ «Пионерская районная больница» БУ «Покачевская городская больница»
II группа (уровень) Состояния, требующие экстренной или неотложной медицинской помощи, а также состояния, обусловленные гинекологической патологией и требующие оказания специализированной медицинской помощи с использованием в том числе современных медицинских технологий (эндоскопических, а также при необходимости привлечения смежных специалистов), гнойно – септические осложнения абортотвор и родов легкой и средней степени тяжести. Искусственное прерывание беременности в первом триместре и по медицинским показаниям до 22 недель.	БУ «Урайская городская больница» БУ «Югорская городская больница» БУ «Белоярская районная больница» АУ «Советская районная больница» БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив» БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» БУ «Когалымская городская больница» БУ «Радужнинская городская больница» БУ «Мегионская городская больница» БУ «Лангепасская городская больница» БУ «Сургутская городская клиническая больница»

III А группа (уровень) Состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов с СПОН; заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спазмическим процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения; состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с использованием инновационных технологий, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям в сроке гестации до 22 недель и более.	БУ «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» БУ «Окружная клиническая больница» БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» БУ «Няганская окружная больница» БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница» БУ «Сургутская окружная клиническая больница»
--	--

Группы медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь женщинам в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

Группа (уровень) женских консультаций (кабинеты поликлинических отделений)	Медицинские организации
I группа (уровень)	БУ «Березовская районная больница» БУ «Игримская районная больница» БУ «Кондинская районная больница» БУ «Центр общей врачебной практики» БУ «Октябрьская районная больница»

	БУ «Ханты-Мансийская районная больница» БУ «Нефтеюганская районная больница» БУ «Угутская участковая больница» БУ «Сургутская районная поликлиника» БУ «Нижнесортимская участковая больница» БУ «Федоровская городская больница» БУ «Лянтаторская городская больница» БУ «Нижевартовская районная больница» БУ «Новоаганская районная больница» БУ «Пионерская районная больница» БУ «Покачевская городская больница» БУ «Няганская городская поликлиника»
II группа (уровень)	БУ «Урайская городская больница» БУ «Югорская городская больница» БУ «Белоярская районная больница» АУ «Советская районная больница» БУ «Нижевартовская городская поликлиника» БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив» БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» БУ «Когалымская городская больница» БУ «Радужнинская городская больница» БУ «Мегионская городская больница» БУ «Лангепасская городская больница» БУ «Няганская окружная больница»
III группа (уровень)	БУ «Окружная клиническая больница» БУ «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр»

Приложение 2 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Перечень распределения медицинских организаций автономного округа,
оказывающих медицинскую помощь по профилям «акушерство и
гинекология» и «неонатология», по принадлежности
к перинатальным центрам

Западная медицинская зона (перинатальный центр БУ «Окружная клиническая больница») – медицинские организации городов: Ханты-Мансийск, Нягань, Урай, Югорск, районов: Ханты-Мансийский, Кондинский, Октябрьский, Советский, Белоярский и Берёзовский.

Центральная медицинская зона (БУ «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства») – медицинские организации городов: Сургут, Нефтеюганск, Когалым, Пыть-Ях, районов: Сургутский, Нефтеюганский.

Восточная медицинская зона (БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр») – медицинские организации городов: Нижневартовск, Мегион, Лангепас, Покачи, Радужный и Нижневартовский район.

Приложение 3 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Перечень медицинских организаций автономного округа, оказывающих
специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую
помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным

1. Перинатальный центр бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница» (далее – перинатальный центр Ханты-Мансийска) оказывает первичную, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам, новорождённым и детям первого года жизни, пациентам с гинекологическими заболеваниями, определяет показания для госпитализации пациентов в подразделения больницы, направление пациентов на лечение за пределы автономного округа с участием главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – Депздрав Югры).

1.1. Оказывает методическую и консультативную помощь прикрепленным медицинским организациям автономного округа.

1.2. Организует работу акушерского дистанционного консультативного центра (далее – АДКЦ), неонатального дистанционного консультативного центра (далее – НДКЦ), совместно с КУ «Центр медицины катастроф» участвует в работе выездной акушерской анестезиолого-реанимационной бригады (далее – ВААРБ), выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригады (далее – ВАРНБ).

1.4. Организует работу кабинета катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией.

1.5. Учитывая территориальную доступность специализированных медицинских организаций в г. Ханты-Мансийске (БУ «Ханты-Мансийский клинический противотуберкулёзный диспансер», БУ «Ханты-Мансийский клинический кожно-венерологический диспансер», БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», КУ «Центр профилактики и борьбы со СПИД»), оказывает профильную помощь беременным, роженицам, родильницам и новорождённым.

1.6. На базе перинатального центра Ханты-Мансийска функционирует кабинет антенатальной охраны плода согласно приказу Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 января 2021 года № 76 «О совершенствовании пренатальной (дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

1.7. Специалисты перинатального центра Ханты-Мансийска проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях 1 и 2 группы.

1.8. Оказывает медицинскую помощь при бесплодии с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

1.9. Осуществляет оперативный динамический контроль (дистанционный мониторинг) за состоянием здоровья женщин с критическими акушерскими состояниями (далее – КАС) в медицинских организациях 1 и 2 группы Западной медицинской зоны и осуществляет передачу сведений о КАС в систему мониторинга КАС в федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России (далее – ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России).

2. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» (далее – Сургутский центр охраны материнства и детства) оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам, новорождённым и детям первого года жизни, пациентам с гинекологическими заболеваниями из медицинских организаций (кроме детей до 18 лет), определяет показания для госпитализации пациентов в подразделения медицинских организаций, направление пациентов на лечение за пределы автономного округа с участием главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

2.1. Оказывает методическую и консультативную помощь прикрепленным медицинским организациям автономного округа.

2.2. Организует работу АДКЦ, НРКЦ, ВАРНБ.

2.3. Организует работу отделения катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией.

2.4. Учитывая территориальную доступность специализированных медицинских организаций в городе Сургуте (БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница», БУ «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»», БУ «Сургутская окружная клиническая больница», БУ «Сургутский клинический противотуберкулёзный диспансер», БУ «Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер», БУ «Сургутская

клиническая психоневрологическая больница», КУ «Станция переливания крови», КУ «Центр профилактики и борьбы со СПИД»), оказывает профильную помощь беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным и новорождённым.

2.5. Осуществляет оказание высокотехнологичных видов помощи при родоразрешении беременных с пороками сердечно-сосудистой и центральной нервной системы у плода, требующих медицинского вмешательства в неонатальном периоде.

2.6. Осуществляет родоразрешение беременных с врожденными пороками развития у плода, требующих медицинского вмешательства в неонатальном периоде, на основании заключения пренатального консилиума Сургутского центра охраны материнства и детства с участием профильных специалистов.

2.7. Осуществляет оказание высокотехнологичных видов помощи новорожденным, в том числе с врожденной патологией, требующей хирургического лечения из медицинских организаций центральной медицинской зоны (далее – МО ЦМЗ).

Перечень заболеваний, при которых новорожденные госпитализируются в Сургутский центр охраны материнства и детства:

- недоношенность менее 34 недель;
- соматическая патология неонатального периода;
- пороки развития пищевода, тонкого и толстого кишечника, аноректальной области; нарушениях вращения кишечника;
- врождённая диафрагмальная грыжа;
- патология пупочного кольца и пуповины;
- гастрошизис и грыжа пупочного канатика;
- пороки развития и заболевания мочевыделительной системы;
- пороки развития и заболевания челюстно-лицевой области;
- родовая травма костно-мышечной системы, требующая стационарного лечения;
- внутриутробный увеит и дакриоцистит;
- ретинопатия недоношенных;
- неонатальный сахарный диабет;
- врожденные нарушения метаболизма.

Показания к госпитализации определяются в процессе консультирования новорожденного специалистами неонатального реанимационно – консультативного центра (далее – НРКЦ) Сургутского центра охраны материнства и детства. В спорных случаях вопрос госпитализации согласует профильный заместитель главного врача МО ЦМЗ.

2.8. На базе Сургутского центра охраны материнства и детства функционирует кабинет антенатальной охраны плода согласно приказу Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 января 2021 года № 76 «О совершенствовании пренатальной

(дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка анты-Мансийском автономном округе – Югре».

2.9. Профильные специалисты Сургутского центра охраны материнства и детства проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях 1 и 2 группы.

2.10. Оказывает медицинскую помощь при бесплодии с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

2.11. Осуществляет оперативный динамический контроль (дистанционный мониторинг) за состоянием здоровья женщин с критическими акушерскими состояниями в МО 1 и 2 группы ЦМЗ и осуществляет передачу сведений о КАС в систему мониторинга КАС в ФГБУ «НМИЦ АГП им.В.И. Кулакова» Минздрава России.

3. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» (далее – Нижевартовский перинатальный центр) оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорождённым, пациентам с гинекологическими заболеваниями из медицинских организаций, определяет показания для госпитализации пациентов в подразделения больницы, направление пациентов на лечение за пределы автономного округа с участием главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

3.1. Оказывает методическую и консультативную помощь прикрепленным медицинским организациям автономного округа.

3.2. Организует работу АДКЦ, совместно с БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» участвуют в работе дистанционного консультативного центра с выездной анестезиолого-реанимационной педиатрической (неонатальной) бригадой (далее – ДКЦ, ВАРПНБ).

3.3. Организует работу кабинета катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией.

3.4. Учитывая территориальную доступность специализированных медицинских организаций в городе Нижевартовске (Нижевартовская окружная клиническая детская больница, противотуберкулёзный, кожно-венерологический и психоневрологический диспансеры, Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, станция переливания крови) оказывает профильную помощь беременным, роженицам, родильницам и новорождённым.

3.5. На базе Нижевартовского перинатального центра осуществляется родоразрешение беременных с врожденными пороками развития у плода, требующих медицинского вмешательства в неонатальном периоде в Нижевартовской окружной клинической

детской больнице, на основании заключения пренатального консилиума с участием профильных специалистов осуществляется по согласованию с заместителем главного врача.

3.6. На базе Нижневартовского перинатального центра функционирует кабинет антенатальной охраны плода согласно приказу Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 января 2021 года № 76 «О совершенствовании пренатальной (дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

3.7. Профильные специалисты проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях 1 и 2 группы Восточной медицинской зоны (далее – МО ВМЗ).

3.8. Нижневартовский перинатальный центр осуществляет оперативный динамический контроль (дистанционный мониторинг) за состоянием здоровья женщин с критическими акушерскими состояниями в МО 1 и 2 группы ВМЗ и осуществляет передачу сведений о КАС в систему мониторинга КАС в ФГБУ «НМИЦ АГП им.В.И. Кулакова» Минздрава России.

4. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая детская больница» (далее – Нижневартовская окружная клиническая детская больница) оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь новорождённым, независимо от гестационного срока и массы тела.

4.1. Перечень заболеваний, при которых новорожденные госпитализируются в Нижневартовскую окружную клиническую детскую больницу:

- пороки развития пищевода, тонкого и толстого кишечника, аноректальной области; нарушениях вращения кишечника;
- врождённая диафрагмальная грыжа;
- объёмные образования брюшной полости и мягких тканях;
- патология пупочного кольца и пуповины;
- гастрошизис и грыжа пупочного канатика;
- пороки развития лёгких;
- пороки развития и заболевания мочевыделительной системы;
- пороки развития и заболевания челюстно-лицевой области;
- родовая травма костно-мышечной системы, требующая стационарного лечения;
- врождённая глаукома;
- внутриутробный увеит и дакриоцистит;
- ретинопатия недоношенных;
- неонатальный сахарный диабет;
- врожденные нарушения метаболизма;
- бронхолегочная дисплазия;

- билиарная атрезия.

5. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница» (далее – Сургутская окружная клиническая больница) оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь беременным, родильницам с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (далее – ЭГЗ), при направлении их из медицинских организаций, а так же беременным, родильницам, находящимся на госпитализации в медицинских организациях города Сургута.

5.1. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в отделения медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

5.2. На базе Сургутской окружной клинической больницы осуществляется оказание высокотехнологичных видов помощи беременным с тяжелой экстрагенитальной патологией, в том числе и прерывание беременности по медицинским показаниям до 22 недель по решению пренатального консилиума Сургутского центра охраны материнства и детства.

5.3. В случае тяжелого ЭГЗ и наличия беременности, при нетранспортабельности беременной, родоразрешение осуществляется в Сургутской окружной клинической больнице при участии профильных специалистов Сургутского центра охраны материнства и детства.

5.4. Госпитализация беременных и родильниц с тяжелыми ЭГЗ осуществляется по направлению медицинских организаций по согласованию с заместителем главного врача на основании заключения консилиума профильных специалистов, пренатального и кардиоперинатального консилиумов.

5.5. Госпитализация родильниц с сепсисом с синдромом полиорганной недостаточности осуществляется по направлению медицинских организаций по согласованию с заместителем главного врача на основании заключения консилиума профильных специалистов.

5.6. Порядок госпитализации пациенток для прерывания беременности по медицинским показаниям при тяжелых ЭГЗ у беременной до 22-й недели беременности, на основании заключения пренатального и кардиоперинатального консилиумов, осуществляется в плановом порядке переводом пациентки из профильного по заболеванию отделения в гинекологическое отделение или по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части.

5.7. При выявлении тяжелого ЭГЗ после 22 недель беременности родоразрешение осуществляется в перинатальных центрах автономного округа или по согласованию с главными внештатными специалистами Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа Югры в федеральных медицинских учреждениях.

6. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (далее – Окружной кардиологический диспансер) оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь беременным и новорождённым при врождённых и приобретённых пороках сердца, нарушениях сердечного ритма, при состояниях, сопровождающихся сердечной недостаточностью и недостаточностью кровообращения, а также диагностическую, консультативную медицинскую помощь и организационно-методическое содействие медицинским организациям автономного округа.

6.1. При выявлении корригируемых пороков сердца у плода, требующих медицинского хирургического вмешательства в неонатальном периоде, родоразрешение, по рекомендации кардиоперинатального консилиума, проводится в Сургутском центре охраны материнства и детства или федеральном медицинском учреждении.

6.2. Операции при открытом артериальном протоке у новорожденных, родившихся в Сургутском центре охраны материнства и детства, проводятся по согласованию с заместителями главного врача по медицинской части обеих медицинских организаций в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее – ОРИТН) Сургутского центра охраны материнства и детства.

6.3. При выявлении редких и сложных пороков сердца родоразрешение по заключению кардиоперинатального консилиума осуществляется в профильных федеральных медицинских учреждениях.

6.4. При выявлении пороков сердца (приобретённых и врождённых) у беременных с активным ревматическим процессом, недостаточностью кровообращения, легочной гипертензией, бактериальным эндокардитом, нарушениями сердечного ритма, тромбоэмболическими осложнениями, атрио – или кардиомегалией, наличием патологического сброса крови, комбинированных и сочетанных поражений клапанного аппарата, кардиомиопатии, миокардиодистрофии, оперированном сердце родоразрешение по заключению кардиологического бюро и пренатального консилиума осуществляется в профильных федеральных медицинских учреждениях.

6.5. Медико-генетическая консультация Окружного кардиологического диспансера (далее – МГК) оказывает специализированную медицинскую помощь при проведении пренатальной диагностики, а также диагностическую, консультативную медицинскую помощь и организационно-методическое содействие медицинским организациям автономного округа в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 января 2021 года № 76 «О совершенствовании пренатальной

(дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

6.8. При выявлении порока развития плода направляет беременных на пренатальный и кардиоперинатальный консилиумы медицинских организаций 3 уровня.

6.9. Специалисты МГК проводят экспертную оценку качества пренатальной диагностики в медицинских организациях 1 и 2 групп (очно и дистанционно) при выявлении и подозрении на врожденную патологию плода, определяют необходимость дальнейшего обследования в медицинских организациях автономного округа и за его пределами, проводят аудит качества ультразвукового обследования беременных, мониторинг статистических показателей пренатальной диагностики.

7. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница» (далее – Травматологическая больница) оказывает специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь новорождённым в отделении детской нейрохирургии и травматологии.

7.1. Перечень заболеваний, при которых новорожденные направляются в Травматологическую больницу:

- перинатальное поражение центральной нервной системы различного генеза (гипоксически-геморрагическое, травматическое);
- врождённая и постгеморрагическая гидроцефалия;
- пороки развития головного мозга и костей черепа (энцефалоцеле, краниостеноз, мальформации сосудов головного мозга, дисгении)
- пороки развития спинного мозга (миеломенингоцеле, дермоидный синус, синингомиелия)
- черепно-мозговая травма;
- объёмные образования головного и спинного мозга.

7.2. Госпитализация беременных для родоразрешения при выявлении указанных пороков плода, совместимых с жизнью и требующих нестложного хирургического лечения, проводится на основании заключения перинатального консилиума с участием нейрохирурга Травматологической больницы в Сургутский центр охраны материнства и детства по согласованию с заместителем главного врача указанного учреждения.

7.3. Новорожденные из медицинских организаций автономного округа, оперированные в Травматологической больнице, при возникновении хирургической патологии органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства переводятся в Нижневартовскую окружную клиническую детскую больницу.

7.4. При выявлении тяжёлых, несовместимых с жизнью пороков развития плода, и отказе женщины от прерывания беременности, решение оформляется письменно, родоразрешение осуществляется по месту

жительства или в перинатальном центре по территориальной принадлежности по решению перинатального консилиума.

7.5. Специалисты Травматологической больницы оказывают консультативную медицинскую помощь беременным, родильницам, новорожденным, в том числе находящимся на стационарном лечении в медицинских организациях города Сургута.

Приложение 4 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Перечень и схема взаимодействия консилиумов медицинских организаций автономного округа при оказании медицинской помощи беременным высокой группы риска с экстрагенитальными заболеваниями и врожденными пороками развития у плода

1. Перечень консилиумов медицинских организаций автономного округа:

- пренатальный консилиум перинатального центра, в котором участвуют ведущие специалисты перинатального центра с привлечением специалистов других областей медицины и других медицинских организаций 3 уровня. В составе пренатального консилиума Сургутского центра охраны материнства и детства участвуют специалисты МГК;
- кардиоперинатальный консилиум Сургутского центра охраны материнства и детства, в котором участвуют специалисты Сургутского центра охраны материнства и детства. Окружного кардиологического диспансера, Сургутской окружной клинической больницы;
- кардиобюро – консилиум специалистов Окружного кардиологического диспансера.

Консилиум специалистов перинатальной медицины (пренатальный и кардиоперинатальный консилиумы, кардиобюро) в плановом и экстренном порядке (очные, заочные (дистанционные телемедицинские консультации)) осуществляет выбор тактики ведения, места и времени родоразрешения беременных высокой группы риска с ЭГЗ и с пороками развития плода (далее – ПРП) в медицинских организациях автономного округа или федеральных учреждениях здравоохранения с учётом необходимости и возможности оперативного лечения, выхаживания и реабилитации новорождённого.

2. Схема взаимодействия консилиумов медицинских организаций автономного округа:

Консилиум	Совместное участие	Категория пациентов	Порядок работы	Территория
Пренатальный консилиум – перинатальный центр Ханты-Мансийска	Медицинские организации по профилю заболевания у беременной	Беременные с ПРП Беременные с экстрагенитальными заболеваниями	Еженедельно по четвергам с 13.00-14.00	Ханты-Мансийск, Нягань, Урай, Югорск, Белоярский, Берёзовский, Кондинский, Октябрьский, Советский и Ханты-Мансийский районы
Кардиоперинатальный консилиум (перинатальный центр Ханты-Мансийска)	БУ «Окружная клиническая больница»	Беременные с ЭГЗ, в том числе с пороками сердечно-сосудистой системы, требующими хирургического лечения и/или имеющими противопоказания для вынашивания беременности	Еженедельно по четвергам с 9.00-12.00	Ханты-Мансийск, Нягань, Урай, Югорск, Белоярский, Берёзовский, Кондинский, Октябрьский, Советский и Ханты-Мансийский районы
Пренатальный консилиум - Сургутский центр охраны материнства и детства	Сургутская окружная клиническая больница и медицинские организации по профилю заболевания у беременной	Беременные с ПРП, Беременные с ЭГЗ	Еженедельно по средам с 8.30 до 11.00	Сургут, Нефтеюганск, Когалым, Пыть-Ях, Сургутский и Нефтеюганский районы
Кардиоперинатальный консилиум Сургутский центр охраны материнства и детства	Окружной кардиологический диспансер	Беременные с пороками развития сердечно – сосудистой системы плода, беременные с ВПС	Еженедельно по пятницам с 8.30 до 11.00	Медицинские организации автономного округа
Кардиобюро Окружного кардиологическо		Беременные с пороками развития	Ежедневно в будние дни с 8.00-17.00 по	Медицинские организации автономного

го диспансера		сердечно – сосудистой системы плода. Беременные с пороками сердца, требующими хирургического лечения.	телефону/факс у 3462-353082; по региональной системе телемедицины	округа
Пренатальный консилиум Нижневартовски й перинатальный центр	Нижневартов ская окружная клиническая детская больница и медицинские организации по профилю заболевания у беременной	Беременные с ПРП Беременные с экстрагениталь ными заболеваниями, имеющими противопоказа ния для вынашивания	Еженедельно по четвергам с 13:00	Нижневартовск , Мегион, Лангепас, Радужный, Покачи, Нижневартовск ий район

3. Организация работы консилиумов.

3.1. На пренатальный консилиум направляются беременные из медицинских организаций после установления в медико-генетической консультации пренатального диагноза пороков развития у плода для определения дальнейшей тактики ведения беременности.

3.2. При выявлении у беременной порока развития сердечно – сосудистой системы плода (далее – ПР ССС плода) беременная направляется на кардиобюро, затем – на кардиоперинатальный консилиум. Беременные с ПР ССС плода, патологией сердечно – сосудистой системы у беременной (оперативные вмешательства на органах сердечно – сосудистой системы, нарушения сердечного ритма, тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы) после проведения углубленного специализированного обследования и уточнения диагноза (в т.ч. в условиях круглосуточного специализированного стационара) (стадии, степени декомпенсации, степени риска) направляются на кардиобюро, затем – на кардиоперинатальный консилиум.

3.3. На пренатальный консилиум направляются беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, в том числе после перенесенной онкологической патологии, после проведения специализированного обследования и уточнения диагноза (стадии, степени декомпенсации, степени риска). Беременным с онкологической патологией, в т.ч. в анамнезе, необходимо заключение онкологического консилиума, беременным с психическими заболеваниями – заключение врачебной комиссии психоневрологического диспансера).

3.4. При направлении на пренатальный консилиум (очно) направляющая медицинская организация оформляет направление, эпикриз пренатального и клинического обследования с заключением о диагнозе (в соответствии с МКБ-10), тяжести течения заболевания и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства. Этапный эпикриз и выписка из индивидуальной карты направляются в формате Word.

Перечень документов для очного консилиума:

- 1) Направление, уч.ф. 057у-04.
- 2) Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы, уч.ф. № 111/у-20.
- 3) Этапный эпикриз.
- 4) Перечень вопросов к консилиуму с указанием контактов врача-акушера-гинеколога

Заочный пренатальный и кардиоперинатальный консилиумы осуществляются через систему дистанционного консультирования (<https://remotecons.miacugra.ru>). Перечень документов для заочного консилиума:

- 1) Направление, уч.ф. 057у-04.
- 2) Подробная выписка из Индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы, уч.ф. № 111/у-20. (при наличии возможности, передать Индивидуальную медицинскую карту беременной и родильницы, уч.ф. № 111/у-20 нарочным).
- 3) Этапный эпикриз (если имеется выписка из Индивидуальной карты – не требуется).
- 4) Перечень вопросов к консилиуму с указанием контактов врача-акушера-гинеколога

3.5. Пренатальный консилиум оценивает тяжесть заболевания у беременной и плода, представляет пациентке информацию, включая сведения о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения и решение вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

3.6. При выявлении тяжёлых, несовместимых с жизнью пороков плода, ЭГЗ, являющихся противопоказанием для вынашивания беременности, и отказе женщины от прерывания беременности, решение женщины оформляется письменно.

3.7. При выявлении тяжёлых, несовместимых с жизнью пороков у плода, и согласия женщины прервать беременность до 22 недель беременности, решение оформляется письменно и пациентка направляется в гинекологическое отделение по месту жительства.

3.8. При выявлении тяжёлых, несовместимых с жизнью пороков у плода и отказе женщины от прерывания беременности родоразрешение планируется по месту жительства или в перинатальном центре по территориальной принадлежности по решению пренатального консилиума.

3.9. При выявлении тяжелого ЭГЗ беременной, являющегося противопоказанием для вынашивания и отказе женщины от прерывания беременности по медицинским показаниям до 22 недель гестации, решение женщины оформляется письменно. Пренатальный консилиум определяет порядок наблюдения (амбулаторное, стационарное) и родоразрешения в окружных или федеральных учреждениях родовспоможения с учётом необходимости и возможности досрочного родоразрешения, оперативного лечения, выхаживания и реабилитации.

3.10. При выявлении тяжелого ЭГЗ беременной, являющегося противопоказанием для вынашивания беременности и согласии женщины прервать беременность до 22 недель, решение оформляется письменно и пациентка направляется в гинекологическое отделение многопрофильной больницы на прерывание беременности.

3.11. При выявлении тяжелого ЭГЗ, врожденного порока развития плода, являющихся противопоказанием для вынашивания беременности в сроке более 22 недель, беременная направляется в федеральный центр ЗБ уровня для прерывания беременности по медицинским показаниям с процедурой фетотида. В случае отказа женщины от прерывания беременности по медицинским показаниям, отказ оформляется письменно с указанием рисков. Пренатальный консилиум определяет порядок наблюдения, сроки и место родоразрешения.

Приложение 5 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Порядок оказания медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология»

1. Общие положения

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

1.2. Действие настоящего Порядка распространяется на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», «ультразвуковая диагностика» независимо от форм собственности.

2. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности

2.1. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи,
- первичной врачебной медико-санитарной помощи,
- первичной специализированной медико-санитарной помощи,
- специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи,
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и (или) «акушерскому делу».

2.2. В малочисленных населенных пунктах первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или, в случае их отсутствия, медицинской сестрой, в офисах врачей общей практики (семейных врачей).

2.3. При оказании медицинской помощи во время беременности врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов в случае возникновения осложнений течения беременности

обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания в медицинской организации 2 или 3 уровня (по территориальной принадлежности), в том числе с применением телемедицинских технологий.

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

2.5. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с настоящим Порядком на основе территориальных схем маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

2.6. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом - не менее 8 раз;
- врачом-терапевтом - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7-10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);
- врачом-стоматологом - не менее одного раза;
- врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- другими врачами-специалистами - с учетом известной сопутствующей патологии (до 12 недель), при выявлении осложнений беременности, ЭГП - по показаниям;
- УЗ диагностика беременным женщинам с рубцом на матке проводится в 5-6 недель беременности (т.е. не дожидаясь первого этапа антенатальной оценки состояния плода);

2.7. В соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов, результатами первого этапа антенатальной оценки состояния плода, результатами проведенных методов диагностики, врачом-акушером-гинекологом до 12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности, которое оформляется в Индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы формы № 111/у-20. Врачом-акушером-гинекологом оцениваются акушерские и перинатальные риски и составляется/уточняется план ведения беременности с учетом прогноза осложнений беременности (преждевременных родов, преэклампсии, гестационного сахарного диабета, ТЭЛА, акушерских кровотечений и др.) для минимизации рисков беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода, по результатам первого и второго этапа антенатальной оценки состояния плода, при необходимости (в соответствии с показаниями) – с учетом решения Онкологического консилиума, Врачебной комиссии Психоневрологической больницы, перинатального консилиума, Врачебной

комиссии медицинской организации, делается врачом-акушером-гинекологом в 20 недель беременности с записью в Индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы формы № 111/у-20.

Беременным с онкологической патологией, в т.ч. в анамнезе, необходимо заключение онкологического консилиума о возможности и рисках вынашивания беременности, рекомендуемом методе родоразрешения, беременным с психическими и наркологическими расстройствами – заключение врачебной комиссии психоневрологической больницы.

Все беременные высокой степени материнского и перинатального риска должны быть направлены на врачебную комиссию медицинской организации до 20 недель беременности с ознакомлением с рисками для вынашивания настоящей беременности.

2.8. Антенатальная оценка состояния плода (первый и второй этапы) осуществляется в кабинетах антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля или в медико-генетической консультации.

Внимание! Кабинеты ультразвуковой диагностики частных медицинских центров не входят в перечень кабинетов антенатальной охраны плода, утвержденных приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 января 2021 года № 76 «О совершенствовании пренатальной (дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

2.9. При наличии показаний к прерыванию беременности по медицинским показаниям (при наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, при тяжелой экстрагенитальной патологии у беременной, при которой противопоказано вынашивание беременности) – беременной повторно предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ПРП или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с настоящим Порядком. Выбор медицинской организации для родоразрешения определяется с учетом наличия экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины, особенностей течения беременности и патологии плода, требующей медицинской помощи в период новорожденности.

2.10. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока

беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом. При отсутствии в медицинской организации врача-акушера-гинеколога медицинская помощь может оказываться врачами-акушерами-гинекологами иных медицинских организаций.

При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар.

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

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

2.12. Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций осуществляют направление беременных женщин на родоразрешение в акушерские стационары в соответствии с региональной маршрутизацией.

2.13. Дороговой госпитализации в акушерские стационары 3А уровня подлежат беременные при следующих осложнениях беременности:

- предлежание плаценты – в 34 недели;
- ВИЧ – инфицированные беременные – в 37⁺³ (при высокой вирусной нагрузке) – 38⁺³ недель (при низкой вирусной нагрузке);
- многоплодная беременность: монохориальная – в 34 недели, дихориальная - в 35 недель;
- 2 рубца на матке после кесарева сечения – в 38 недель, 3 и более рубцов на матке после кесарева сечения – в 37 недель, при одном рубце на матке после КМЭ – в 37 недель, при двух и более рубцах на матке после КМЭ и после метропластики – в 36 недель;
- сахарный диабет первого, второго типа – в 35 недель, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии – в 38 недель (при диагностике диабетической фетопатии – немедленно);
- тяжелая экстрагенитальная патология – по рекомендации специалистов профильных медицинских организаций;
- при патологии плода – по решению перинатального консилиума.

2.14. При сроке беременности 36-37 недель беременности врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

У беременных, которым показана родовая госпитализация ранее 36-37 недель беременности, врачом – акушером – гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения в 32-33 недели беременности.

Во время приема, врач-акушер-гинеколог в дневнике приема, производит отметку о выдаче направления на родовую госпитализацию.

При отказе беременной от дородовой госпитализации оформляется информированное добровольное согласие/отказ.

Беременная женщина информируется врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в Индивидуальной медицинской карте беременной и родильницы уч.ф. № 111/у-20 и Обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

2.15. Беременная своей подписью удостоверяет:

Ознакомление ее со следующей медицинской документацией:

- сведения о пациентке и Сведения о беременной (при первичном обращении);
- первое обследование беременной;
- назначения врача-акушера-гинеколога, внесенные после каждой явки в Лист назначений (при каждой явке);
- график явок (при каждой явке);
- информированные добровольные согласия\отказы;
- акушерские риски при первой явке, в 12 недель, в 20 недель и в 30-34 недели;
- данные о состоянии плода (в 37-38 недель беременности), при необходимости более ранней дородовой госпитализации – в 32-34 недели.

Получение документов:

- обменной карты;
- родового сертификата;
- листка нетрудоспособности по беременности и родам.

3. Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период

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

3.2. С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц, а также новорожденных, оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период, а так же новорожденным осуществляется на основе региональных схем маршрутизации, позволяющих предоставить дифференцированный объем медицинского

обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций.

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

первая группа (уровень) - акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в составе urgentный родильный зал;

Показания для госпитализации в urgentный родильный зал:

активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения);

экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

вторая группа (уровень) – акушерские стационары (родильные дома (отделения), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, пост (отделение) патологии новорожденных и недоношенных детей;

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

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

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

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

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

3.5. В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных, при возможности эпидемиологической ситуации и наличии необходимых помещений или

одноместного размещения родильниц - свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку.

Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов – 2-3 суток, при неосложненном течении послеоперационного периода после кесарева сечения – 3-4 суток.

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

3.7. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию, детскую поликлинику в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным.

4. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период

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

4.2. Основным критерием эффективности оказания медицинской помощи беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией является неопределяемый уровень вирусной нагрузки у 100% беременных перед родами, что позволяет предотвратить перинатальную передачу ВИЧ.

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

- разработка плана ведения беременной женщины с положительным ВИЧ-статусом;
- отражение в медицинской документации женщины (индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы, обменная карта беременной, роженицы и родильницы, медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях) на основании заключения, выданного врачом – инфекционистом территориального Центра профилактики и борьбы со СПИД заключения, содержащего: эпидемиологический номер, схемы антиретровирусной терапии (далее – АРВТ), принимаемой во время беременности, данных лабораторного и клинического мониторинга,

рекомендации по схемам предотвращения перинатальной передачи ВИЧ в родах, послеродовом и неонатальном периодах;

- проведение работы по формированию приверженности у беременной женщины к наблюдению и АРВТ;
- контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов;

при отказе женщины от одного или всех этапов предотвращения перинатальной передачи ВИЧ постановка в известность главного врача медицинской организации и территориального Центра профилактики и борьбы со СПИД немедленно;

- максимально возможный отказ от инвазивных манипуляций, повышающих риск инфицирования плода;
- своевременный лабораторный мониторинг за эффективностью и безопасностью АРВТ в соответствии с планом ведения беременной женщины с положительным ВИЧ-статусом, и утвержденными стандартами оказания медицинской помощи;
- подготовка беременной женщины к родоразрешению;
- взаимодействие с акушерским стационаром по вопросам продолжения АРВТ и родоразрешения беременной женщины с положительным ВИЧ-статусом;
- контроль за своевременным поступлением беременной женщины с положительным ВИЧ-статусом на госпитализацию в акушерский стационар (в плановом порядке - на сроке 37⁺³ (высокая вирусная нагрузка) – 38⁺³ недель (низкая вирусная нагрузка)).

4.4. Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с положительным ВИЧ-статусом направляет в территориальный Центр профилактики и борьбы со СПИД или другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь беременным с положительным ВИЧ-статусом, в том числе в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети "Интернет"), и размещает в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) АРВТ и получает (при необходимости - запрашивает) из территориального Центра профилактики и борьбы со СПИД информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

4.5. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности отмечает в медицинской документации

женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, назначенных специалистами территориального Центра профилактики и борьбы со СПИД.

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

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

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

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

4.9. Каждое исследование на ВИЧ с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным параллельным исследованием той же порции крови классическими методами (ИФА, иммунный блот). Результаты этого исследования немедленно передаются в медицинскую организацию по месту забора крови.

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

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

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

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

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

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

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

4.17. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются в медицинской документации матери и ребенка и передаются в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») в территориальный Центр профилактики и борьбы со СПИД (экстренное извещение), а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

5. Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

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

5.2. Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или стационарных условиях.

При искусственном прерывании беременности в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в случае возникновения медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, пациентка эвакуируется в медицинские организации соответствующего профиля и группы (уровня) для дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

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

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

5.4. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи в женских консультациях (ОВОП, ФАП) медицинских организаций по месту прикрепления пациента.

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

5.5. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия – к врачу общей практики (семейному врачу),

медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерских здравпунктов.

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

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

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

5.8. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

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

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

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

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

Прерывание беременности в сроки, предусмотренные клиническими рекомендациями медикаментозным методом, проводится врачом-акушером-гинекологом в амбулаторных условиях или в условиях дневного

стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5 - 2 часов после приема лекарственных препаратов. При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

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

Внимание! Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний производится врачом-акушером-гинекологом в стационарных условиях.

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

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

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

5.13. Для подтверждения наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения перечнем формируется врачебная комиссия (пренатальный консилиум) с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля третьей А группы (уровня) (в том числе - дистанционно) в составе врача-акушера-гинеколога, врача-специалиста по профилю основного заболевания (состояния) беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и Председателя консилиума/комиссии (далее – Комиссия).

Персональный состав Комиссии и порядок ее деятельности определяется главным врачом медицинской организации 3А уровня.

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

5.14. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе индивидуального добровольного согласия женщины.

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

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

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

Приложение 6 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Алгоритм
оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской
помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

1. Основной задачей специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательных репродуктивных технологий).

2. При наличии показаний для специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи при гинекологических заболеваниях пациентки направляются в медицинские организации в соответствии с квотами по решению врачебной комиссии медицинской организации.

3. Плановой госпитализации гинекологических больных на оперативное лечение из медицинских организаций 1 и 2 групп предшествует:

3.1. Проведение отбора на лечение врачебной комиссией (заместителем главного врача) медицинской организации 3 группы на основании изучения медицинской документации, очной консультации пациентки.

3.2. Дистанционная (телемедицинская) консультация.

4. Госпитализация осуществляется в плановом порядке в соответствии с установленными в медицинской организации требованиями.

Исходя из анамнеза жизни, акушерско – гинекологического и соматического анамнеза, течения беременности (Ф.И.О.) _____, результатов антенатальной оценки состояния плода в первом триместре, состояния здоровья беременной по результатам проведенных обследований, консультаций специалистов - вынашивание беременности не противопоказано/противопоказано.

Продолжить ведение беременности согласно плану в соответствии со степенью риска беременной.

Врач – акушер – гинеколог _____

Фамилия, И.О. _____ подпись _____

Беременная _____

Фамилия Имя Отчество полностью _____

подпись _____

Дата: _____ Время _____ (отмечает беременная)

Исходя из анамнеза жизни, акушерско – гинекологического и соматического анамнеза, течения беременности (Ф.И.О.) _____, результатов антенатальной оценки состояния плода в первом и втором триместрах, состояния здоровья беременной по результатам проведенных обследований, консультаций специалистов, с учетом решения (выбрать необходимое) Онкологического консилиума, Врачебной комиссии Психоневрологической больницы (указать наименование МО), Перинатального консилиума, Врачебной комиссии медицинской организации - вынашивание беременности не противопоказано/противопоказано.

Продолжить ведение беременности согласно плану в соответствии со степенью риска беременной.

Рекомендовано прерывание беременности по медицинским показаниям.

Врач – акушер – гинеколог _____
Фамилия, И.О. подпись

Ознакомлена:

Беременная _____
Фамилия Имя Отчество полностью подпись

Дата: _____ Время _____ (отмечает беременная)

Приложение 8 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Информирование беременной о сроках дородовой госпитализации
и месте планового родоразрешения

Дата

Ф.И.О. беременной, текущий срок гестации _____ недель.

Дородовая госпитализация: ☐ не показана; ☐ показана.

Дата дородовой госпитализации _____, в сроке беременности
_____ недель.

Куда:

☐ в отделение патологии беременности; ☐ в отделение акушерского ухода

в _____

указать наименование МО, адрес, при наличии контактные телефоны службы госпитализации

Показания для дородовой госпитализации:

1. _____
2. _____
3. _____

Родоразрешение запланировано в медицинской организации:

☐ 1-й; ☐ 2-й; ☐ 3А; ☐ 3Б группы (уровня)

Наименование медицинской организации для родоразрешения:

указать наименование МО, адрес, при наличии - контактные телефоны службы госпитализации

Врач – акушер – гинеколог _____

Фамилия, И.О. _____ подпись _____

Ознакомлена:

Беременная _____

Фамилия Имя Отчество полностью _____ подпись _____

Дата: _____ Время _____ (отмечает беременная)

Приложение 9 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

Форма Информированного добровольного отказа от прерывания
беременности при выявлении несовместимых с жизнью врождённых
пороков развития плода (тяжёлых врождённых заболеваний)

Название медицинской организации

«_____» _____ 20__ года

Я, нижеподписавшаяся, _____

(фамилия имя, отчество полностью)

_____ года рождения в соответствии со статьей 22 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим документом подтверждаю свой отказ от прерывания беременности при наличии несовместимых с жизнью врождённых пороков плода (тяжёлых врождённых заболеваний).

1. Я информирована врачом:

- о сроке моей беременности и характере пороков (заболевания) плода;

- о высоком риске смерти плода (ребёнка) и его инвалидности;

- о необходимости постоянного наблюдения, длительном лечении, в том числе хирургическими методами. Возможны неоднократные хирургические вмешательства;

- о том, что медицинская помощь новорождённому не обеспечит абсолютного выздоровления ребёнка;

- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля состояния моего здоровья и плода в течение беременности в соответствии с назначениями лечащего врача;

- о необходимости приема назначенных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;

- о режиме поведения, соблюдения принципов здорового образа жизни, исключения курения, приёма алкогольных напитков и наркотических веществ.

2. Я имела возможность задавать любые вопросы и получила исчерпывающие ответы.

Заключение.

Дата: _____ 202 г. Время _____ час. _____ мин.

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

Приложение 10 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 7 мая 2021 года № 657

План введения беременности

Беременная _____

Фамилия имя отчество беременной полностью

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Явки к врачу – акушеру - гинекологу	1 явка 2 явка - через 7-10 дней после 1 визита; 3 явка - 12 недель (скрининг 1 триместра и заключение о вынашивании беременности)	4 явка – 16 недель (направление на скрининг 2 триместра в 19 ⁺¹ – 19 ⁺⁶ недель) 5 явка – 20 недель (окончательное заключение о вынашивании беременности) 6 явка - 24 недели (ПГТТ, при необходимости, по результатам ПГТТ – по результатам вызов на внеплановую явку)	7 явка – в 28 недель многоплодная беременность и резус – отрицательные беременные), в 30 нед. – остальные беременные; 8 явка – 32-33 (многоплодная беременность, предлежание плаценты. СД и ГСД), - 34 нед. (остальные беременные) 9 явка – 36-37 нед. 10 явка – 40 недель 11 явка – 41 нед. – направление в АОПБ
Физикальное обследование			
Оценка жалоб и общего состояния	При 1-м и каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Определение срока беременности и родов	При визите по дате последней менструации и данным УЗИ		
Измерение ИМТ	При 1-м визите		
Измерение прибавки массы тела	-	При каждом визите	При каждом визите
Измерение АД	При 1-м и каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Гинекологический осмотр	Однократно при 1-м визите и по показаниям	Однократно в случае 1-го визита и во 2-м триместре и по показаниям	Однократно в случае 1-го визита и в 3-м триместре и по показаниям
Измерение ОЖ, ВДМ и ведение гравидограммы	-	При каждом визите после 20 недель	При каждом визите
Определение положения и предлежащей части плода	-	-	При каждом визите после 34-36 недель
Определение ЧСС плода с помощью стетоскопа	-	При каждом визите после 20 недель при помощи акушерского стетоскопа	
Лабораторная диагностика			
Направление на исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ-1/2 и антигена р24 в крови	При 1-м визите	При 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	В 30 и 36 недель
Направление на определение	При 1-м и каждом	При 1-м и каждом	Однократно в 30 недель

антител к вирусу гепатита В в крови или определения антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови, гепатита С в крови	визите	визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	
Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	В 30 и 36 недель
Направление на определение антител класса G и класса M к вирусу краснухи в крови	Однократно при 1-м визите		
Направление на определение антигена стрептококка группы В на отделяемом цервикального канала	-	-	Однократно в 35-37 недель В 32 нед. в случае ранней дородовой госпитализации
Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков	Однократно при 1-м визите		В 30 недель.
Направление на микробиологическое исследование средней порции мочи на бактериальные патогены	Однократно при 1-м визите		
Направление на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (рзус-фактор)	Однократно при 1-м визите		
Направление на определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин	При 1-м визите	В 18-20 недель	В 28 недель
Направление на проведение общего анализа крови	Однократно при 1-м визите	Однократно	Однократно
Направление на проведение биохимического анализа крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно
Направление на определение нарушения углеводного обмена (определение уровня глюкозы или HbA1c в венозной крови натощак)	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре и в 24-26 недель	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре
Направление на проведение ПГТТ	Однократно при 1-м визите в группе высокого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре в <u>группе высокого риска ГСД</u> если нет нарушения углеводного обмена, или в 24-28 недель в группе низкого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре

Направление на определение коагулограммы	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре и в 30 недель. По показаниям – согласно назначения врача.
Направление на исследование уровня ТТГ	При 1-м визите на любом сроке беременности		
Направление на проведение общего анализа мочи	Однократно при 1-м визите	19 нед.	в 30 недель
Определение белка в моче	-	При каждом визите после 22 недель	
Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	При 1-м визите на любом сроке беременности		
Направление на пренатальный биохимический скрининг	В 11 ⁺⁰ -11 ⁶ недель: РАРР-А и β – субъединица ХГ	-	-
Инструментальная диагностика			
Направление на УЗИ плода	В 11-11 ⁶ недель (в составе скрининга 1-го триместра)	В 19-19 ⁶ недель (УЗ- скрининг 2-го триместра)	В 30-34 недели только в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений и при несоответствии ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме
Направление на УЗИ плода		Монохориальная двойня – 15-16 нед. и далее – каждые 2 недели. При выявлении ФФС – 1 раз в неделю для своевременного решения вопроса о направлении на ВТМП. Дихориальная двойня – 15-16 нед.	Монохориальная двойня – 30 ⁺⁰ – 31 ⁺⁰
Направление на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию)	-	В 19-19 ⁶ недель (во время УЗ скрининга 2-го триместра)	-
Направление на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию)	-	С 15 нед. до 24 нед. в группе высокого риска позднего выкидыша и ПР 1 раз в 1-2 недели (включая многоплодную беременность). При длине сомкнутой части цервикального канала 26-30 мм. –	Монохориальная двойня - каждые 2 недели до 32 недель.

		каждые 7 дней.	
Направление на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока	-	В 19-19 ⁶ недель в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений При ГСД и СД – 25 нед. – ДМ, цервикометрия, ИАЖ. При резус конфликтной беременности - 22, 24, 26 нед. При ГДН 1А – 1 раз в 2-3 недели, при ГДН 1Б – 1 раз в 3 дня. ГДН 2 – 3 -- направление в АОПБ	В 30-34 недели в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений. При ГСД и СД – 30-31 нед., 34-35 нед. При резус конфликтной беременности - каждые две недели. Без титра антител – 28, 32, 34 нед.
Направление на КТГ плода	-	-	С 33 недель с кратностью 1 раз в 2 недели
Консультации смежных специалистов			
Направление на консультацию врача-терапевта	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно
Направление на консультацию врача-стоматолога	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно
Направление на консультацию врача-офтальмолога	Однократно при 1-м визите		
Направление на консультацию врача-генетика	По показаниям		
Иные специалисты	По показаниям		

Беременная: _____
(фамилия, имя, отчество полностью) (подпись)

Дата: _____ 202__ г. Время _____ час. _____ мин.

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