

Сделано исполнено  
16.09.2013 г.  
БМ



## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРИКАЗ

11 июля 2013 г.

№ 640

г. Орел

Об организации оказания акушерско-гинекологической помощи  
на территории Орловской области

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (далее – приказ Минздрава России) и в целях снижения материнской, перинатальной, младенческой заболеваемости и смертности, повышения доступности и качества оказания акушерско-гинекологической помощи на территории Орловской области, приказываю:

1. Управлению здравоохранения Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области (Т. Г. Тарасова) довести приказ Минздрава России до сведения главных врачей бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области.
2. Утвердить «Положение об организации оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» на территории Орловской области» в соответствии с приложением к настоящему приказу.
3. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь:
  - 3.1. Привести положение, оснащение и штатные нормативы учреждений в соответствие с приложениями к приказу Минздрава России.
  - 3.2. Организовать работу по оказанию акушерско-гинекологической помощи жительницам Орловской области в соответствии с приказом Минздрава России и настоящим приказом.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника управления здравоохранения Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области Т. Г. Тарасову.

Руководитель Департамента



А. И. Медведев

Гос: 228 от 16.09.2013

Приложение  
к приказу Департамента здравоохранения  
и социального развития  
Орловской области  
от 11 июля 2013 года № 640

**Положение об организации оказания медицинской помощи по  
профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования  
вспомогательных репродуктивных технологий)» на территории  
Орловской области**

1. Настоящее Положение регулирует вопросы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Орловской области.

2. Действие настоящего Положения распространяется на медицинские организации Орловской области, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, независимо от форм собственности.

**I. Организация оказания медицинской помощи женщинам  
в период беременности**

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

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

амбулаторный, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности – врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача акушера-гинеколога консультативно-диагностического отделения БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» и/или врача-специалиста по профилю экстрагенитального заболевания);

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

3. Правила организации деятельности женской консультации, рекомендуемые штатные нормативы, нормативы нагрузки врача на приёме и стандарт оснащения женской консультации определены приложениями № 1 – 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по

профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Правила организации деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации определены приложением № 4 к приказу к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

Врачом акушером-гинекологом – не менее семи раз;

Врачом терапевтом – не менее двух раз;

Врачом стоматологом – не менее двух раз;

Врачом оториноларингологом, врачом офтальмологом – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

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

5. В сроке до 11-12 недель, после получения результатов обследования, врачом женской консультации делается отметка в обменной и индивидуальной картах об отсутствии медицинских противопоказаний к вынашиванию беременности, возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности, с учетом состояния беременной женщины и плода, делается врачом акушером-гинекологом до 22 недель беременности, с отметкой в обменной и индивидуальной картах.

6. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения медицинских организаций, имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) медицинской помощи женщине (при наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

7. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель производится в гинекологическом отделении. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 недели и более проводится в условиях обсервационного отделения акушерского стационара.

8. Диспансеризация беременной женщины с экстрагенитальной патологией осуществляется врачом акушером-гинекологом, совместно с врачом-специалистом по профилю заболевания.

9. При сроке беременности 35-36 недель врачом акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз, с учетом течения беременности, оценки риска осложнений родов, на основании всех проведенных исследований и консультаций врачей-специалистов, и определяется место планового

родоразрешения и срок дородовой госпитализации (в случае её необходимости!).

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается индивидуально.

10. Базовый спектр обследования и лечения беременных в амбулаторных и стационарных условиях определен приложением № 5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

11. В дневные стационары направляются женщины в период беременности и в послеродовой период, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки.

12. При наличии показаний беременным женщинам предлагается долечивание и реабилитация в санаторно-курортных организациях с учетом профиля заболевания.

### **Порядок маршрутизации беременных с учётом экстрагенитальных заболеваний**

1. При выявлении врачом-терапевтом у беременной женщины экстрагенитальной патологии, она незамедлительно направляется на консультацию к специалисту соответствующего профиля (кардиолог, невролог, пульмонолог, уролог, нефролог и др.) для решения вопроса о возможности вынашивания беременности.

Беременная направляется на консультацию к специалистам поликлиники, к которой она прикреплена на медицинское обслуживание в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Орловской области. При отсутствии в территориальной поликлинике необходимого специалиста, пациентка направляется на консультацию к специалистам консультативной поликлиники БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

В случае выявления специалистом территориальной поликлиники экстрагенитальной патологии, при которой вынашивание беременности противопоказано (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 3 декабря 2007 года № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»), беременная дополнитель но направляется на консультацию к специалистам консультативной поликлиники БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» для решения вопроса о необходимости дообследования с целью уточнения

диагноза. Диспансерное наблюдение беременной в этом случае осуществляется в консультативно-диагностическом отделении БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

2. При выявлении у беременной женщины туберкулёза, кожных и венерических болезней, алкоголизма и наркомании, новообразований, психических расстройств, она направляется на консультацию в бюджетные учреждения здравоохранения соответствующего профиля: БУЗ Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер», БУЗ Орловской области «Орловский областной кожно-венерологический диспансер», БУЗ Орловской области «Орловский областной наркологический диспансер», БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями», БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер», БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер».

При выявлении у беременной женщины вирусного гепатита, она направляется на консультацию в областной гепатологический центр БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина», независимо от места проживания и наблюдения.

При необходимости амбулаторного консультирования беременной врачом инфекционистом, она направляется к специалисту территориальной поликлиники. При отсутствии врача инфекциониста в центральной районной больнице (далее – ЦРБ), беременная может быть консультирована в БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина».

Осмотр врачом стоматологом и санация полости рта беременным могут проводиться врачом стоматологом женской консультации (в соответствии с заявленными лицензированными видами деятельности); при отсутствии врача стоматолога в женской консультации, беременная направляется в любой из трёх филиалов БУЗ Орловской области «Орловская областная стоматологическая поликлиника».

3. При направлении беременной женщины на консультацию к врачу-специалисту, пациентке на руки выдается направление, заверенное лечащим врачом, амбулаторная карта и обменная карта беременной женщины с результатами проведенных обследований.

4. При наличии показаний для плановой госпитализации (и отсутствии акушерских осложнений!), беременная женщина с экстрагенитальной патологией госпитализируется в профильное отделение, вне зависимости от срока беременности, при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом.

Беременные, проживающие в районах Орловской области, направляются на плановую госпитализацию в отделения соответствующего профиля ЦРБ или, при необходимости оказания специализированной помощи по профилю заболевания – в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

Беременные, проживающие в городе Орле (независимо от прописки!), госпитализируются в отделения соответствующего профиля БУЗ Орловской

области «Городская больница имени С. П. Боткина», а также, при наличии показаний – в отделения аллерго-иммунологии, гематологии, ревматологии, торакальной хирургии, ангиохирургии (в том числе, для проведения диагностических и лечебных манипуляций на ангиокомплексе), колопротологии, камбустиологии, челюстно-лицевой хирургии БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» (после предварительного консультирования специалистом консультативной поликлиники БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»).

При выявлении у беременной сердечно-сосудистой патологии врачом-специалистом территориальной поликлиники, пациентка может быть дополнительно направлена к врачу-специалисту консультативной поликлиники БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» для решения вопроса о госпитализации в профильное отделение БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», в соответствии с разделом IV данного Положения.

5. При наличии показаний для экстренной госпитализации (острые экстрагенитальные заболевания, не требующие реанимационной помощи и интенсивной терапии!):

- беременные, проживающие в районах Орловской области, направляются на госпитализацию в отделения соответствующего профиля ЦРБ; при отсутствии необходимых специалистов в ЦРБ, в диагностически сложных случаях, при необходимости оказания специализированной помощи – в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» (в порядке, установленном программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Орловской области);

При наличии противопоказаний к транспортировке беременной с экстрагенитальным заболеванием, помочь ей оказывается в ЦРБ («на месте»), с привлечением при необходимости дежурных врачей-специалистов отделения экстренной и плановой консультативной помощи БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

- беременные, проживающие в городе Орле (независимо от прописки), направляются на госпитализацию:

- до 22 недель – в отделения соответствующего профиля БУЗ Орловской области «Больница скорой медицинской помощи имени Н. А. Семашко» (Советский и Заводской районы города Орла) и БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина» (Северный и Железнодорожный районы города Орла),

- после 22 недель – в БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина».

При наличии экстренных показаний для госпитализации в отделения аллерго-иммунологии, гематологии, ревматологии, торакальной хирургии, ангиохирургии, колопротологии, камбустиологии, челюстно-лицевой хирургии беременная направляется в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

Экстренная помощь при острой урологической патологии у беременных оказывается круглосуточно в БУЗ Орловской области «Больница скорой медицинской помощи имени Н. А. Семашко», независимо от срока беременности.

При невозможности дифференцировать родовую деятельность, акушерские осложнения и острую экстрагенитальную патологию, бригада СМП доставляет беременную в учреждение родовспоможения (с учётом Перечней показаний к госпитализации в учреждения разных уровней и Карты-схемы маршрутизации, представленных в разделе II настоящего Приложения).

При подозрении на острую патологию органов брюшной полости у беременной во время её госпитализации в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» и БУЗ Орловской области «Родильный дом», пациентка незамедлительно консультируется соответствующим специалистом БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» и, при невозможности исключить диагноз экстрагенитального заболевания, переводится в профильное отделение БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

При наличии показаний для госпитализации у беременной женщины с инфекционными и паразитарными болезнями, алкоголизмом и наркоманией, новообразованиями, психическими расстройствами, независимо от места проживания пациентки, она госпитализируется в бюджетные учреждения здравоохранения соответствующего профиля: БУЗ Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер», БУЗ Орловской области «Орловский областной кожно-венерологический диспансер», БУЗ Орловской области «Орловский областной наркологический диспансер», инфекционное отделение БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина», БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер», БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер».

### **Порядок маршрутизации беременных с учётом возникновения акушерских осложнений**

1. При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар, в соответствии с Перечнями показаний к госпитализации в учреждения разных уровней и Картой-схемой маршрутизации, представленными в разделе II настоящего Положения.

2. При угрожающем абorte 1 и 2-го триместров беременности (до 22 недель!):

жительницы районов области госпитализируются на койки патологии, или гинекологические койки ЦРБ, а при отсутствии акушера-гинеколога в ЦРБ – в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр»;

жительницы города Орла – на койки патологии, или гинекологические койки БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина», БУЗ Орловской области «Родильный дом» (лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) по месту наблюдения беременной);

в случае нежеланной беременности жительницы города Орла могут быть

госпитализированы в гинекологическое отделение БУЗ Орловской области «Больница скорой медицинской помощи имени Н. А. Семашко».

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

4. При наличии медицинских показаний к прерыванию беременности до 22 недель, пациентка направляется в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» на комиссию по прерыванию беременности. Комиссия определяет ЛПУ для прерывания беременности, в зависимости от наличия специалистов соответствующего профиля, по которому выявлены показания для искусственного прерывания беременности.

5. В консультативно-диагностическое отделение БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» направляются беременные женщины:

а) для диспансерного наблюдения при беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ);

б) для диспансерного наблюдения в случае отказа от прерывания беременности по медицинским показаниям в соответствии с приказом Минздравсоцразвития от 3 декабря 2007 года № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»;

в) при необходимости консультирования и в целях определения ЛПУ для диспансерного наблюдения беременной:

- девочки до 18 лет, первобеременные старше 35 лет;

- с отягощенным акушерским анамнезом (невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, презклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузирный занос, прием тератогенных препаратов);

- с экстрагенитальной патологией, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

- с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и АВО изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков).

### **Организация пренатальной (дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка на территории Орловской области**

Врачи женских консультаций, медицинские работники ФАПов:

1. Информируют беременных о необходимости проведения данного вида обследования в сроки беременности: 11-14 недель, 18-21 неделю и 30-34 недели, определяют даты проведения скрининговых исследований, разъясняют беременным значимость своевременной пренатальной диагностики в I

триместре беременности (11 - 13 недель) для профилактики рождения детей с хромосомными аномалиями;

2. Обеспечивают своевременное направление всех беременных на пренатальную диагностику в сроках: 11-14 недель, 18-21 недели и 30-34 недели;

3. В случае отказа беременной от пренатальной диагностики заполняют информированное согласие отказа от исследования.

### **Организация направления беременных на ультразвуковой и биохимический скрининг в первом триместре**

1. Пренатальному скринингу в период с 11 до 14 недель гестации подлежат все беременные женщины, проживающие на территории Орловской области, обратившиеся за медицинским наблюдением по беременности и родам.

2. Пренатальный скрининг первого триместра беременности состоит из следующих этапов:

2.1. ультразвуковое исследование (УЗИ), проводимое по единому протоколу;

2.2. определение в крови беременной концентрации биохимических маркеров хромосомной патологии плода (протеина, ассоциированного с беременностью и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человека);

1.3. расчет комбинированного риска нарушений развития ребенка по результатам УЗИ и биохимического скрининга;

1.4. консультирование беременных группы высокого риска врачом-генетиком, повторное выполнение УЗИ на аппарате экспертного класса и проведение инвазивных методов обследования для исключения хромосомной патологии.

3. Беременным – жительницам районов области ультразвуковое и биохимическое исследования выполняются в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (в течение одного дня).

Беременные, проживающие в районах области, обследуются в соответствии с предварительной записью, при необходимости доставляются на обследование транспортом лечебно-профилактического учреждения, наблюдающего женщину во время беременности.

Беременным – жительницам города Орла ультразвуковое исследование выполняется в территориальной женской консультации наиболее квалифицированным специалистом, назначенным приказом главного врача ЛПУ ответственным за проведение пренатальной диагностики.

В день выполнения эхографического этапа скрининга в учреждении, проводящем УЗИ, осуществляется забор крови для биохимического исследования, откуда биологический материал доставляется, вместе с направлением на биохимический скрининг, в клинико-диагностическое отделение БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» транспортом учреждения, проводящего ультразвуковое исследование.

В бланк направления обязательно должны быть внесены все необходимые данные для расчёта комбинированного риска нарушений развития ребенка: вес

беременной, точная дата рождения, точные ультразвуковые параметры, фамилия врача ультразвуковой диагностики.

## МЕТОДИКА

### **забора крови для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития плода в 11-14 недель беременности**

Кровь забирается натощак или через три часа после еды в любое время суток в количестве 3-6 мл в вакуумную пробирку (Система Vacuette). При заполнении пробирка с активатором свертывания крови аккуратно переворачивается 8-10 раз для полного смешения крови с реагентами. Кровь может храниться при температуре 4°C не более 5 суток. При комнатной температуре кровь хранится не более 6 часов. Условия транспортировки – в термоконтейнере при температуре 2-8 °C. Замораживание цельной крови недопустимо.

4. В клинико-диагностической лаборатории БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» по результатам ультразвукового и биохимического скрининга производится расчет комбинированного риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

Подтверждение высокого риска рождения ребенка с хромосомной патологией является показанием для выполнения медико-генетического консультирования и инвазивной пренатальной диагностики, о чем консультативно-диагностическое отделение БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» информирует пациентку и лечебное учреждение, где наблюдается беременная, путем передачи протокола.

Тактику ведения беременности при выявлении аномалий развития, хромосомной или другой наследственной болезни у плода, с учетом результатов обследования в 1 триместре беременности, определяет перинатальный консилиум БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

### **Организация второго и третьего этапов пренатального скрининга**

1. При сроке беременности 18-21 неделя беременные – жительницы районов области направляются на УЗИ в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр»; жительницам города Орла исследование производится в женской консультации ЛПУ, осуществляющего диспансеризацию беременной, специалистом, назначенным приказом главного врача ответственным за пренатальную диагностику.

2. При сроке беременности 30-34 недели УЗИ производится по месту наблюдения беременной женщины специалистом, ответственным за пренатальную диагностику.

3. Определение в крови беременной концентрации биохимических маркеров хромосомной патологии плода во втором триместре беременности производится только при поздней 1 явке, или по направлению врача-генетика при отклонениях результатов биохимического скрининга в 1 триместре.

4. При выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода во

II и III триместрах беременности врач акушер-гинеколог направляет беременную в консультативно-диагностическое отделение БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

В случае подтверждения в консультативно-диагностическом отделении БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения, прерывание беременности по медицинским показаниям проводится, независимо от срока беременности, по решению перинатального консилиума врачей БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.

## **II. Организация оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период**

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

2. Правила организации деятельности родильного дома (отделения), рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения родильного дома (отделения) определены приложениями № 6 – 8 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Правила организации деятельности перинатального центра, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения перинатального центра определены приложениями № 9 – 11 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

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

4. В процессе родов необходимо ведение партограммы.

5. В течение родов и в первые дни после рождения выполняется комплекс

мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных.

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

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

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

Перед выпиской родильнице предлагается проведение УЗИ органов малого таза.

7. 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.

8. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде; при наличии показаний – передаётся для патронажного наблюдения врачу женской консультации.

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

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

11. В зависимости от коечной мощности, количества родов в год, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации Орловской области, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, разделяются на четыре уровня по возможности оказания медицинской помощи:

**1 уровень** – акушерские отделения ЦРБ, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога:

БУЗ Орловской области «Болховская центральная районная больница»,

БУЗ Орловской области «Глазуновская центральная районная больница»,

БУЗ Орловской области «Залегощенская центральная районная больница»,

БУЗ Орловской области «Кромская центральная районная больница»,

БУЗ Орловской области «Хотынецкая центральная районная больница».

**2А уровень** – акушерские отделения БУЗ Орловской области «Мценская центральная районная больница», БУЗ Орловской области «Ливенская центральная районная больница» – межрайонные родильные отделения с коечной мощностью до 100 коек, от 500 до 1000 родов в год, с круглосуточным пребыванием врача акушера-гинеколога, имеющие в своей структуре палаты

интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

**2Б уровень – БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина»** (акушерские отделения в составе городской многопрофильной больницы), **БУЗ Орловской области «Родильный дом»** – акушерские стационары с коечной мощностью более 100 коек, более 1000 родов в год, с круглосуточным дежурством бригады акушеров-гинекологов и неонатологов, имеющие в своем составе палаты (посты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным.

**3 уровень – БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр»** – акушерский стационар, оказывающий специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, осуществляющий мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров области, имеющий в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, акушерский дистанционный консультативный центр и специалистов, участвующих в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи жительницам области в составе выездной бригады отделения экстренной и плановой консультативной помощи БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

При отсутствии в ЛПУ коек для беременных и рожениц необходимо оборудовать экстренный родзал в соответствии с приложением № 8 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» для оснащения акушерских стационаров I группы.

**Критериями для направления беременных в акушерские стационары 1 уровня (низкая степень риска) являются:**

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

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

головное предлежание плода при некрупном плоде (до 3500 г) и нормальных размерах таза матери;

отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интранатальной и ранней неонатальной смерти;

отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое

кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

При риске возникновения осложнений родоразрыва беременные направляются в акушерские стационары более высокого уровня

**Показаниями для направления беременных в акушерские стационары 2А уровня (средняя степень риска) являются:**

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I-II степени;
- тазовое предлежание плода;
- кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- многоводие;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33-36 недель, или в более ранние сроки беременности при отсутствии возможности транспортировки в акушерский стационар третьего уровня (высокой степени риска);

**Показаниями для направления беременных в акушерский стационар 2Б уровня (высокая степень риска) являются:**

- предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;
- поперечное и косое положение плода;
- прэклампсия, эклампсия;
- холестаз, гепатоз беременных;
- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластикаических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
- задержка внутриутробного роста плода II-III степени;
- изоиммунизация при беременности;
- тяжелое много- и маловодие;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения,

пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

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

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки беременной;

**Показаниями для направления беременных в акушерский стационар 3 уровня (высокая степень риска) являются:**

предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;

поперечное и косое положение плода;

презклампсия, эклампсия;

холестаз, гепатоз беременных;

кассарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;

задержка внутриутробного роста плода II-III степени;

изоиммунизация при беременности;

наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;

метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

водянка плода;

тяжелое много- и маловодие;

заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки беременной;

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

Беременные, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий, заблаговременно госпитализируются в федеральные учреждения, в соответствии с показаниями, обозначенными в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об

утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи».

### **Карта-схема маршрутизации беременных и рожениц с акушерской патологией**

Направление беременных и рожениц в ЛПУ 1, 2А, 2Б и 3 уровней осуществляется в соответствии с показаниями, обозначенными выше в следующем порядке:

№ п/п	Учреждения здравоохранения	1 уровень оказания помощи	2 А уровень оказания помощи	2Б уровень оказания помощи	3 уровень оказания помощи
1	БУЗ Орловской области «Болховская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Болховская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ» (46 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (57км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (57км)
2	БУЗ Орловской области «Верховская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (54 км)	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (54 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (87 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (87км)
3	БУЗ Орловской области «Глазуновская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Глазуновска я ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (57 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (57 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (57км)
4	БУЗ Орловской области «Дмитровская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Кромская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (53 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (91км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (91км)

5	БУЗ Орловской области «Должанская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (55 км)	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (55 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальны й центр» (163 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (163км)
6	БУЗ Орловской области «Залегощенская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Залегощенс кая ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (61 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (61 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (61км)
7	БУЗ Орловской области «Знаменская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области Орловской области «Болховская ЦРБ» (40 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (46 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (46 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (46км)
8	БУЗ Орловской области «Колпнянская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (73 км)	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (73 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (117 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (117км)
9	БУЗ Орловской области «Кромская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Кромская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (38 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (38 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (38км)
10	БУЗ Орловской области «Краснозорен- ская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (45 км)	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (45 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (121 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальн ый центр» (121км)

11	БУЗ Орловской области «Корсаковская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ» (70 км)	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ» (70 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (126 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (126 км)
12	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (138 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (138км)
13	БУЗ Орловской области «Малоархангельская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (74 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (74 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (74 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (74км)
14	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (48 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (48км)
15	БУЗ Орловской области «Новодеревеньковская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (68 км)	БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» (68 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (101км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (101км)
16	БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ» (50 км)	БУЗ Орловской области «Мценская ЦРБ» (50 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (75 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (75км)



23	БУЗ Орловской области «Хотынецкая ЦРБ»	БУЗ Орловской области «Хотынецкая ЦРБ» (67 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (67 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (67 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (67км)
24	БУЗ Орловской области «Шаблыкинская ЦРБ»*	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (68 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (68 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (68 км)	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (68км)
25	БУЗ Орловской области «Родильный дом» (г. Орёл)	БУЗ Орловской области «Родильный дом»	БУЗ Орловской области «Родильный дом»	БУЗ Орловской области «Родильный дом»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (бкм)
26	БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина» (г. Орёл)	БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина»	БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина»	БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина»	БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (20 км)

\* - учреждения здравоохранения, не имеющие родильных отделений

12. При возникновении осложнений во время родоразрешения пациентки в ЦРБ, дежурный акушер-гинеколог ЦРБ сообщает о ситуации старшему дежурному врачу БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», который принимает решение о дальнейшей тактике: переводе пациентки в перинатальный центр, либо оказании помощи на месте, с выездом специалиста БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» в ЦРБ.

13. Родоразрешение беременных, страдающих инфекционными экстрагенитальными заболеваниями в стадии обострения, производится в БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина».

14. Родоразрешение ВИЧ-инфицированных беременных, не имеющих прописки и получавших профилактическую химиотерапию на базе БУЗ Орловской области «Орловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», производится в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», в остальных случаях – по

территориальному принципу, с учётом степени риска перинатальных осложнений.

15. При подозрении на острую патологию органов брюшной полости у родильницы во время её госпитализации в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» и БУЗ Орловской области «Родильный дом», пациентка незамедлительно консультируется соответствующим специалистом БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» и, при невозможности исключить диагноз экстрагенитального заболевания, переводится в профильное отделение БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

16. Госпитализация родильниц с любыми жалобами в послеродовом периоде осуществляется в гинекологическое отделение ЛПУ, в котором произошли роды.

17. Госпитализация родильниц, родоразрешённых в ЦРБ, БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» и БУЗ Орловской области «Родильный дом» с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями (тяжёлый эндометрит, перитонит, сепсис, нагноившиеся гематомы, тромбофлебит, гнойный лактационный мастит) осуществляется в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» (в установленном порядке).

### **III. Организация оказания медицинской помощи и порядок маршрутизации беременных женщин с врожденными пороками внутренних органов у плода**

1. В случае выявления (подтверждения) врожденного порока развития (далее – ВПР) у плода, требующего хирургической помощи, беременная направляется в консультативно-диагностическое отделение БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр». Консилиум врачей в составе врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача генетика, врача детского хирурга, врача кардиолога, врача сердечно-сосудистого хирурга определяет прогноз для развития плода и жизни новорожденного. Заключение консилиума врачей доводится до сведения беременной и выдается на руки для предъявления по месту наблюдения по беременности.

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

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

4. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ВПР или

иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с разделом I настоящего Приложения. Родоразрешение производится в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

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

5.1. При наличии у плода врождённого порока сердца (ВПС), требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в федеральную медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «детской хирургии» и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей-сердечно-сосудистых хирургов из профильных медицинских организаций, или в федеральный акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной транспортировки новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», для проведения медицинского вмешательства.

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

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

5.2. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней – трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», с последующим переводом ребёнка в БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница».

При подтверждении диагноза и наличии показаний к хирургическому вмешательству консилиум врачей в составе врача акушера-гинеколога, врача сердечно-сосудистого хирурга (врача детского кардиолога), врача неонатолога (врача педиатра) составляет план лечения с указанием сроков оказания

медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница».

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

общий артериальный ствол;

коарктация аорты (внутриутробно) с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);

умеренный стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента давления (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);

гемодинамически значимый открытый артериальный проток;

большой дефект аорто-легочной перегородки;

аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии;

гемодинамически значимый открытый артериальный проток у недоношенных.

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

единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии; атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии;

атрезия триkuspidального клапана;

большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;

тетрада Фалло;

двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

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

6.1. При наличии у плода изолированного ВПР (поражение одного органа или системы) и отсутствии пренатальных данных за возможное сочетание порока с генетическими синдромами или хромосомными аномалиями, беременная женщина направляется для родоразрешения в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» с целью дальнейшей экстренной транспортировки новорожденного в БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница» для проведения хирургического вмешательства при стабилизации состояния. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой БУЗ Орловской области «Детская

областная клиническая больница».

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

К изолированным ВПР относятся:

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

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

В случае принятия решения перинатальным консилиумом врачей федеральной медицинской организации в пользу родоразрешения беременной в своём регионе, родоразрешение проводится в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

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

- омфалоцеле;
- дуоденальная атрезия;
- атрезия пищевода;
- врожденная диафрагмальная грыжа;
- пороки мочевыделительной системы, сопровождающиеся маловодием

#### **IV. Организация оказания медицинской помощи и порядок маршрутизации беременных женщин, рожениц и родильниц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи**

1. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель при своевременной явке на учёт (или сразу же при поздней первой явке!) обследуются в амбулаторных условиях или, при наличии показаний,

направляются на консультацию к врачу-специалисту консультативной поликлиники БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» для решения вопроса о необходимости госпитализации в профильное отделение БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

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

2. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в стационар беременных женщин в сроке до 10-12 недель в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «кардиологии», для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

#### 2.1. ревматические пороки сердца:

все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

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

все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

пороки сердца с тромбоэмбологическими осложнениями;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

#### 2.2. врожденные пороки сердца:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) наличием постстенотического расширения);

врожденные аномалии атрито-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями

сердечного ритма;

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

Болезнь Эбштейна;

сложные врожденные пороки сердца;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза;

2.3. болезни эндокарда, миокарда и перикарда: острые и подострые формы миокардита;

хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) сложными нарушениями сердечного ритма;

инфаркт миокарда в анамнезе;

острые и подострые формы бактериального эндокардита;

острые и подострые формы перикардита;

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

2.5. состояния после операций на сердце.

3. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

При отказе женщины прервать беременность консилиум врачей в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга) и врача акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующее радиочастотной абляции) – о направлении в стационар медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (Федеральные центры).

При сроке беременности 18-22 недели женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются стационарно в кардиологическом отделении БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и допплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии. Пренатальная диагностика с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода в эти сроки, оценка состояния фетоплацентарного комплекса производятся в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

4. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в кардиологическое отделение БУЗ Орловской области

«Орловская областная клиническая больница» для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и допплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии. Пренатальная диагностика с целью исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий (пороков развития) плода в эти сроки, оценка состояния фетоплацентарного комплекса, определение предполагаемых сроков родоразрешения производится в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

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

5. При сроке беременности 35-37 недель женщины направляются в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения. Способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом врачей в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога, в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

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

6. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования, нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной абляции), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи, направляются для родоразрешения в федеральные медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» для проведения соответствующего лечения.

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

**Организация оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии**

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

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

пре- и эклампсия;

HELLP-синдром;

острый жировой гепатоз беременных;

ДВС-синдром;

послеродовой и послеабортный сепсис;

сепсис во время беременности любой этиологии;

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

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

миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;

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

тяжелая анемия любого генеза;

тромбоцитопения любого происхождения;

острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;

тяжелая форма эпилепсии;

миастения;

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

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

В случае необходимости к оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-

реаниматологии должны привлекаться врачи той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость в проведении реанимации и интенсивной терапии.

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

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

вне медицинской организации – выездной анестезиолого-реанимационной бригадой отделения экстренной и плановой консультативной помощи БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», с участием, при необходимости, врача акушера-гинеколога БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», специалистов реаниматолога, неонатолога БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница», или бригадами скорой медицинской помощи (далее – СМП);

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

### **Порядок маршрутизации женщин при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период**

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

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

2. При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в ЦРБ, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации старшему дежурному врачу БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» и главному акушеру-гинекологу управления здравоохранения для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

3. Выездная анестезиолого-реанимационная бригада отделения экстренной

и плановой консультативной помощи БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся в акушерских стационарах 1 и 2А уровней, для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (с акушерской патологией) или БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» (с экстрагенитальной патологией).

Решение о переводе принимает врачебный консилиум, с участием представителей администраций ЛПУ и, при необходимости, главных специалистов управления здравоохранения Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области.

4. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы в городе Орле, бригада скорой медицинской помощи (СМП) доставляет женщину в ЛПУ 2Б или 3 уровня по месту её диспансерного наблюдения и с учётом показаний для госпитализации в ЛПУ 2Б и 3 уровней (раздел II Приложения).

При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в учреждение родовспоможения 2Б или 3 уровня, после оценки тяжести её состояния и установления предварительного диагноза, старший врач дежурной бригады сообщает о ситуации главному врачу ЛПУ, главному акушеру-гинекологу управления здравоохранения для согласования объема медицинской помощи.

Если неотложное тяжёлое состояние обусловлено экстрагенитальным заболеванием (отсутствует родовая деятельность и акушерские осложнения), либо имеют место острые тяжёлые расстройства функций жизненно важных органов и систем, пациентка из БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», БУЗ Орловской области «Родильный дом» переводится в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» (с учётом противопоказаний к транспортировке и при согласовании с ответственным дежурным врачом!).

5. Беременные, роженицы и родильницы, самостоятельно обратившиеся в приемный покой ЛПУ, при наличии состояний, требующих неотложных вмешательств и препятствующих транспортировке, госпитализируются в данное ЛПУ, независимо от места жительства и наличия прописки.

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

1. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется в соответствии с разделами I-V настоящего Приложения.

2. Лабораторное обследование беременных женщин на наличие в крови

антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) проводится при постановке на учет по беременности. Рекомендуется обследовать половых партнеров беременных женщин: однократно при постановке на учет по беременности в учреждениях здравоохранения по месту жительства (в территориальной поликлинике или БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями».

3. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщинам, планирующим сохранить беременность, проводят повторное тестирование в 28-30 недель и при поступлении на роды. Женщин, которые во время беременности употребляли парентерально психоактивные вещества и (или) вступали в половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется обследовать дополнительно на 36 неделе беременности и направить их на консультацию в БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями».

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

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

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

5. Забор крови при тестировании на антитела к ВИЧ осуществляется в процедурном кабинете женской консультации, при предъявлении документа, удостоверяющего личность, с помощью вакуумных систем для забора крови с последующей передачей крови в лабораторию медицинской организации с направлением.

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

Последственное консультирование проводится беременным женщинам независимо от результата тестирования на антитела к ВИЧ и включает обсуждение следующих вопросов: значение полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ-инфекцией; рекомендации по дальнейшей тактике тестирования; пути передачи и способы защиты от заражения ВИЧ-инфекцией; риск передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, доступные для беременной женщины с ВИЧ-инфекцией; возможность проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ ребенку; возможные исходы беременности; необходимость последующего наблюдения матери и ребенка; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников.

7. Беременных женщин с положительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ, врач акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет в БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» для дополнительного обследования, постановки на диспансерный учет и назначения химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ (антиретровирусной терапии).

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

8. Дальнейшее наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» и врачом-акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства.

При невозможности направления (наблюдения) беременной женщины в БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» наблюдение осуществляют врач акушер-гинеколог по месту жительства при методическом и консультативном сопровождении врача-инфекциониста БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Врач акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) антиретровирусной терапии и запрашивает из БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

9. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода по МКБ-10) отмечает в

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

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач акушер-гинеколог женской консультации незамедлительно информирует БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» для принятия соответствующих мер.

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

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

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

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

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

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

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

При получении положительного результата оставшаяся часть сыворотки или плазмы крови направляется в лабораторию Центра по профилактике и борьбе со СПИД субъекта Российской Федерации для проведения

верификационного исследования, результаты которого немедленно передаются в акушерский стационар.

15. В случае получения положительного результата тестирования на ВИЧ в лаборатории БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» женщина с новорожденным после выписки из акушерского стационара направляется в БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» для консультирования и дальнейшего обследования.

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

17. Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в медицинских организациях, определенных приказом Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области от 19.05.2011 г. № 338 «Об организации экстренной профилактики ВИЧ-инфекции»: БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», «Мценская ЦРБ», «Ливенская ЦРБ», «Кромская ЦРБ» постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

18. Проведение антиретровирусной профилактики у женщины в период родов осуществляют врач акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями», при отсутствии рекомендаций врачей-специалистов БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» – в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

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

- а) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;
- б) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;
- в) при наличии эпидемиологических показаний:
  - невозможность проведения экспресс-тестирования или своевременного получения результатов стандартного теста на антитела к ВИЧ у роженицы;
  - наличие в анамнезе у роженицы в период настоящей беременности парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта

с партнером с ВИЧ-инфекцией (при отсутствии возможности проведения обследования на ВИЧ-инфекцию);

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

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

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

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

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

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами более или равна 1000 коп/мл;

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

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

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

25. Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается врачом акушером-гинекологом, ведущим роды, в индивидуальном порядке, с учетом состояния матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

26. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ с помощью вакуумных систем для забора крови. Кровь направляется в лабораторию БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр

профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями».

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

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

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

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

в) эпидемиологические показания:

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

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

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

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

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

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

31. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливания новорожденного указываются (с использованием кода контингента по МКБ-10) в медицинской документации матери и ребенка и передаются в БУЗ Орловской области «Орловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными

заболеваниями», а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаваться ребенок.

## **VII. Организация оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями**

1. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

2. Правила организации деятельности гинекологического отделения медицинской организации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения гинекологического отделения медицинской организации определены приложениями № 17–19 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Схемы диагностики и лечения женщин с гинекологическими заболеваниями определены приложением № 20 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

3. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач акушер-гинеколог взаимодействует со специалистом по социальной работе в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.

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

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются

цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза.

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

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

II группа – женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

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

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

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

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

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

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

Группы диспансерного наблюдения:

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

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

3 диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

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

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

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

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

5. В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки.

При наличии показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в медицинские организации, имеющие лицензии и врачей-специалистов соответствующего профиля.

#### **Порядок маршрутизации гинекологических больных**

1. Плановая первичная медико-санитарная гинекологическая помощь жительницам Орловской области, города Орла (в том числе искусственное прерывание беременности до 12 недель по желанию женщины), осуществляется в гинекологических отделениях и/или дневных стационарах центральных районных больниц, БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина», БУЗ Орловской области «Родильный дом» (по территориальному принципу).

2. Плановая специализированная гинекологическая помощь осуществляется:

- жительницам районов Орловской области – в гинекологических отделениях БУЗ Орловской области "Орловский перинатальный центр" и БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»,

- жительницам Северного и Железнодорожного районов г. Орла – в БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина»,

- жительницам Советского и Заводского районов г. Орла – в БУЗ Орловской области «Родильный дом» (по территориальному принципу).

3. Экстренная первичная гинекологическая помощь (в том числе, помощь при начавшемся выкидыше) осуществляется:

- жительницам районов Орловской области – в гинекологических отделениях ЦРБ по месту жительства,

- жительницам Северного и Железнодорожного районов г. Орла – в БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина» (в случае угрозы прерывания нежелательной беременности возможна госпитализация в БУЗ Орловской области «Больница скорой медицинской помощи имени Н. А. Семашко»)

- жительницам Советского и Заводского районов г. Орла – в БУЗ Орловской области «Родильный дом» (в случае нежелательной беременности возможна госпитализация в БУЗ Орловской области «Больница скорой

медицинской помощи имени Н. А. Семашко»).

4. Экстренная специализированная (в том числе, с применением лапароскопии) гинекологическая помощь жительницам Орловской области осуществляется:

- жительницам районов Орловской области – в гинекологических отделениях БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» и БУЗ Орловской области "Орловский перинатальный центр", в соответствии с заявленными лицензированными видами деятельности по профилю «акушерство и гинекология». При подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости, а также при воспалительных заболеваниях органов малого таза, осложнённых тубоовариальным абсцессом, перитонитом, сепсисом пациентка доставляется в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»;

- жительницам города Орла – в БУЗ Орловской области «Больница скорой медицинской помощи имени Н. А. Семашко» (Советский и Заводской районы) и БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина» (Северный и Железнодорожный районы).

5. Плановая высокотехнологичная (ВМП) гинекологическая помощь жительницам Орловской области осуществляется в гинекологических отделениях БУЗ Орловской области "Орловский перинатальный центр" и БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница», в соответствии с лицензированными видами ВМП.

6. Экстренная высокотехнологичная (в том числе, при наличии у пациентки спаечного процесса 4 степени, гигантских опухолей гениталий, осложненной атипичной миомы матки, аномалий развития матки, шеечно-перешеечной эктопической беременности и др.) осуществляется в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

7. При отсутствии в ЦРБ акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, хирурга, экстренная гинекологическая помощь пациенткам оказывается в БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» и БУЗ Орловской области "Орловский перинатальный центр" в соответствии с п. 4 данного раздела.

8. Экстренная гинекологическая помощь жительницам Орловского района после 16 часов и в выходные дни оказывается в БУЗ Орловской области «Больница скорой медицинской помощи имени Н. А. Семашко».

9. Пациентки, доставленные бригадой скорой помощи, или самостоятельно обратившиеся в ЛПУ с острой гинекологической патологией, при которой транспортировка противопоказана, должны быть госпитализированы незамедлительно, независимо от места проживания и наличия прописки.

### **VIII. Организация оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями**

1. Оказание медицинской помощи девочкам (в возрасте до 17 лет включительно) с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Первичная медико-санитарная помощь девочкам включает:

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

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

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

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

3. Медицинские организации, оказывающие помощь девочкам, обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов и санаторно-курортное лечение.

4. Первичная медико-санитарная помощь девочкам в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, а в случае отсутствия указанного врача-специалиста – любым врачом акушером-гинекологом, врачом педиатром, врачом педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта.

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

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

В остальные возрастные периоды осмотр девочки проводится врачом педиатром, врачом педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта и, при выявлении патологии, осуществляется направление девочки к врачу акушеру-гинекологу, в соответствии с перечнем показаний, согласно приложению № 21 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении

Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

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

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

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

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

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

IV группа – девочки с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови; с расстройствами менструаций и с хроническими болезнями наружных и внутренних половых органов в активной стадии, стадии нестойкой клинической ремиссии и частыми обострениями, требующими поддерживающей терапии; с возможными осложнениями основного заболевания; с ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания; с сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией с неполной компенсацией соответствующих функций.

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

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

медицинским работником.

Девочкам, отнесенными к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

- 1 диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;
- 2 диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;
- 3 диспансерная группа – девочки с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии.

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

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

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

10. Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет девочку с гинекологической патологией в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, имеющей гинекологические койки для детей и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и «педиатрии».

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

12. Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача

акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

13. Правила организации деятельности врача акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, определены приложением № 21 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Нормативы нагрузки на приёме врача акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам, определены приложениями № 2 и № 10 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

#### **Порядок маршрутизации девочек с гинекологическими заболеваниями**

1. Первичная медико-санитарная помощь девочкам оказывается врачом акушером-гинекологом в центральных районных больницах, детским гинекологом в детских поликлиниках, женских консультациях по месту жительства, Центре охраны репродуктивного здоровья подростков БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», врачами-специалистами или другими медицинскими работниками в составе выездной бригады БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница».

При желании, девочка в возрасте до 17 лет может обратиться (или быть направлена) для оказания первичной медико-санитарной помощи в Центр охраны репродуктивного здоровья подростков БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», консультативную поликлинику БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница».

При наличии беременности любого срока у девочки в возрасте до 17 лет включительно наблюдение ее осуществляется врачом акушером-гинекологом медицинской организации в соответствии с разделами 1-6 настоящего Приложения; для жительниц районов области – с обязательным консультированием в консультативно-диагностическом отделении БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

При отсутствии врача акушера-гинеколога в ЦРБ девочки с беременностью любого срока наблюдаются врачом общей практики (семейным врачом), врачом терапевтом, врачом педиатром, фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта под контролем врача акушера-гинеколога консультативно-диагностического отделения БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

2. Специализированная стационарная плановая гинекологическая помощь девочкам до 15 лет оказывается в БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница»; 15-17 лет – в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

Специализированная стационарная экстренная гинекологическая помощь девочкам с симптомами острой патологии брюшной полости, травмами половых органов круглосуточно оказывается в БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница»; при отсутствии врача детского гинеколога БУЗ Орловской области «Детская областная клиническая больница» привлекается дежурный врач-специалист отделения экстренной и плановой консультативной помощи БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница».

Стационарная экстренная гинекологическая помощь девочкам Орловской области с маточными кровотечениями круглосуточно оказывается в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

При обращении девочки в ЦРБ с симптомами острой патологии брюшной полости, травмами половых органов и наличии противопоказаний к транспортировке, необходимо вызвать специалиста детского хирурга «на себя».

3. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, гинекологическая помощь девочкам может быть оказана в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по направлению управления здравоохранения Департамента здравоохранения и социального развития Орловской области.

#### **IX. Организация оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности**

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

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

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

3. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия – к врачу общей практики (семейному врачу), медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта.

4. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия – врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации, Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в

трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение, на основе информированного добровольного согласия женщины.

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

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

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

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

7. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основании информированного добровольного согласия женщины.

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

При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности рекомендуется вакуумная аспирация.

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

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

Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой

гинекологической патологией, при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний (состояний) производится в условиях стационара.

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

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

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

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

13. Вопрос об искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (зарегистрирован Министром России 25 декабря 2007 г. № 10807), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1661н (зарегистрирован Министром России 3 февраля 2012 г. № 23119), также решается комиссией БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр».

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

При наличии медицинских показаний для проведения искусственного прерывания беременности, Комиссией выдается заключение о наличии у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, заверенное подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации.

14. Перед направлением на искусственное прерывание беременности во II триместре проводится обследование: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов M, G к антигену вирусного

гепатита В и вирусному гепатиту С в крови, определение антител к бледной трепонеме в крови, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, анализ мочи общий, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, УЗИ матки и придатков трансабдоминальное (трансвагинальное), регистрация электрокардиограммы, прием врача-терапевта. По показаниям проводятся консультации смежных врачей-специалистов.

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

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

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

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

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

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

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

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

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

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

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

24. После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врачом акушером-гинекологом при отсутствии жалоб проводится через 9-15 дней.

## **Порядок маршрутизации женщин при искусственном прерывании беременности**

**1.** Искусственное прерывание беременности до 12 недель (по желанию женщины), осуществляется:

- жительницам районов области – в дневных стационарах и гинекологических отделениях центральных районных больниц,
- жительницам города Орла – в дневных стационарах и гинекологических отделениях БУЗ Орловской области «Городская больница имени С. П. Боткина», БУЗ Орловской области «Родильный дом» (по месту проживания и обслуживания в женской консультации – независимо от прописки!).

При отсутствии в ЦРБ акушера-гинеколога, реаниматолога искусственное прерывание беременности до 12 недель может быть произведено в БУЗ Орловской области «Родильный дом».

Пациентки, проживающие в районах области и в городе Орле, состоящие на диспансерном учёте в консультативно-диагностическом отделении БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр», могут быть направлены на аборт в гинекологическое отделение БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» (по направлению врачей акушеров-гинекологов БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр»).

**2.** При наличии медицинских показаний к прерыванию беременности до 22 недель, пациентка направляется в БУЗ Орловской области «Орловский перинатальный центр» на комиссию по прерыванию беременности. Комиссия определяет ЛПУ для прерывания беременности, в зависимости от наличия специалистов соответствующего профиля, по которому выявлены показания для искусственного прерывания беременности.

**3.** Госпитализация пациенток с любыми жалобами в послеабортном периоде осуществляется в гинекологическое отделение ЛПУ, в котором произведен аборт.

**4.** При неотложных состояниях в послеабортном периоде, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, в том числе острые расстройства функций жизненно важных органов и систем – гемодинамики, центральной нервной системы, паренхиматозных органов вследствие септических осложнений, госпитализация (перевод) пациенток в многопрофильные ЛПУ осуществляется в соответствии с разделом V данного Положения.