



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

**П Р И К А З**

15.10.2015

№ СЭД-34-01-06-893

**Порядок оказания медицинской  
помощи по профилю  
«акушерство и гинекология  
(за исключением использования  
вспомогательных  
репродуктивных технологий)»  
в Пермском крае**

В целях улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» на территории Пермского края, в соответствие с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», на основании протокола совещания при Министре здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой с руководителями органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья от 16 сентября 2015 г. № 73/10/25

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» на территории Пермского края (далее – Порядок).
2. Главным врачам медицинских организаций Пермского края, независимо от форм собственности, организовать оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в соответствии с утвержденным Порядком.
3. Установить персональную ответственность главных врачей за исполнением настоящего приказа.

4. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней со дня его официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Л.Н.Чудинову.

Заместитель председателя Правительства-  
министр здравоохранения Пермского края



О.П.Ковтун

Утвержден  
приказом Министерства здравоохранения  
Пермского края  
от 15.10.2015 г. № 34-01-06-893

**Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Пермском крае**

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Пермском крае.
2. Действие настоящего Порядка распространяется на медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, независимо от форм собственности.

**Раздел I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности**

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

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

2.1. амбулаторный, осуществляемый в центральных городских больницах, центральных районных больницах, участковых больницах, городских поликлиниках врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности - врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

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

Медицинские организации, оказывающие помощь в отделениях патологии беременности, с прикрепленной территорией.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	Александровск
	Березники
	Кизел

	Усолье
ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная больница»»	Чернушинский район
	Октябрьский район
	Куединский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница»	Краснокамск
	Верещагинский район
	Пермский район
	Сивинский район
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Частинский район
	Б. Сосновский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская городская больница»	г. Кунгур
	Кунгурский район
	Суксунский район
	Кишертский район
	Уинский район
	Ординский район
	Березовский район
ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г. Любимова»	Чусовой
	Гремячинск
	Губаха
	Горнозаводск
ГБУЗ ПК «Городская больница» г. Лысьва	Лысьва
ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Центральная городская больница» г. Чайковский	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Еловский район
	Осинский район
ГБУЗ ПК «Коми - Пермская окружная больница»	Коми-Пермский автономный округ
ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №21»	Кировский, Дзержинский районы (правый берег) г.Перми
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №9 им.М.А.Тверье»	Ленинский, Дзержинский (левый берег), Индустриальный районы г.Перми,

	Пермский район
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №7»	Орджоникидзевский, Мотовилихинский районы (Висим, Вышка I, II, Запруд, Гарцы) г.Перми, Ильинский район
ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница №7»	Мотовилихинский ( кроме Висим, Вышка I, II, Запруд, Гарцы), Свердловский районы г.Перми, Добрянский район, Пермский район

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

Распределение учреждений родовспоможения по группам.

Учреждения родовспоможения первой группы	Учреждения родовспоможения второй группы	Учреждения родовспоможения третьей А группы
1	2	3
ГБУЗ ПК «Александровская центральная городская больница»	ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
ГБУЗ ПК «Губахинская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Кизеловская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Еловская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье»
ГБУЗ ПК «Бардымская центральная районная больница им. А.П.Курочкиной»		
ГБУЗ ПК «Оханская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Карагайская	ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	

центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Сивинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Частинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Большесосновская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Ильинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Очерская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Верецагинская районная больница»		
ГБУЗ ПК "Горнозаводская центральная районная больница"	ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г.Любимова»	
ГБУЗ ПК «Суксунская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	
ГБУЗ ПК «Уинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Красновишерская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	
ГБУЗ ПК «Куединская центральная районная	ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная	

больница»	больница»	
ГБУЗ ПК «Октябрьская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Гайнская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Коми-Пермяцкая окружная больница»	
ГБУЗ ПК «Косинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Юрлинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Добрянская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница № 7»	
	ГБУЗ ПК «Лысьвенская центральная районная больница»	
	ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница № 21»	
	ГБУЗ ПК «Медико-санитарная часть № 7»	

3.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных в акушерские стационары:

3.1.1. первой группы (низкая степень риска) являются:

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

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

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

отсутствие в анамнезе у женщины ante-, интра- 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 родоразрешения беременные женщины направляются в акушерские стационары второй, третьей А группы в плановом порядке.

3.1.2. второй группы (средняя степень риска) являются:

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;  
компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;  
миопия I и II степени без изменений на глазном дне;  
хронический пиелонефрит без нарушения функции;  
инфекции мочевыводящих путей вне обострения;  
заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

переносимая беременность;  
предполагаемый крупный плод;  
анатомическое сужение таза I - II степени;  
тазовое предлежание плода;  
низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34 - 36 недель;

мертворождение в анамнезе;  
многоплодная беременность;  
кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

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

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

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

многоводие;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33 - 36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);

задержка внутриутробного роста плода I - II степени.

3.1.3. третьей А группы (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34 - 36 недель;  
поперечное и косое положение плода;



преэклампсия, 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-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 тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;  
заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;  
диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;  
заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;  
заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);  
эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);  
заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);  
заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);  
заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);  
миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;  
сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;  
перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

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

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных 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. Скрининговое ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11 - 14 недель, 18 - 21 неделя и 30 - 34 недели.

5.1. При сроке беременности 11 - 14 недель беременная направляется в межрайонные кабинеты пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей ультразвуковое исследование врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования при сроке беременности 11-14 недель, и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

#### Перечень

межрайонных кабинетов пренатальной диагностики нарушений  
внутриутробного развития ребенка с прикрепленными  
территориями, выполняющих ультразвуковое исследование  
при сроке беременности 11-14 недель.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г. Березники	Александровск
	Березники
	Кизел
	Усолье
ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная поликлиника»	Чернушинский район
	Чернушка

	Куединский район
	Уинский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная поликлиника»	Краснокамский район
	Краснокамск
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Нытва
	Частинский район
	Большесосновский район
	Сивинский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	Кунгур
	Кунгурский район
	Суксунский район
	Октябрьский район
	Кишертский район
	Березовский район
	Ординский район
ГБУЗ ПК «Ордена «Знак почета» Пермская краевая клиническая больница»	Ильинский район
	Верецагинский район
ГБУЗ ПК «Чусовская центральная районная поликлиника»	Чусовой
	Гремячинск
	Горнозаводск
	Губаха
ГБУЗ ПК «Городская поликлиника Лысьвенского городского округа»	Лысьва

ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Чайковская городская поликлиника № 1»	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Осинский район
	Еловский район
ГБУЗ ПК «Коми-Пермяцкая окружная больница»	Коми-Пермяцкий АО
Поликлиника ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава России	г. Пермь
ГБУЗ ПК «Добрянская центральная районная больница»	Добрянский район
ГБУЗ ПК «Центральная районная больница» Пермского муниципального района	Пермский район

5.2. При сроке беременности 18 - 21 неделя беременная направляется в межрайонный кабинет пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка, в целях проведения ультразвукового исследования для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода.

#### Перечень

межрайонных кабинетов пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка с прикрепленными территориями, выполняющих ультразвуковое исследование при сроке беременности 18-21 недель.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г. Березники	Александровск
	Березники
	Кизел
	Усолье

ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная поликлиника»	Чернушинский район
	Чернушка
	Куединский район
	Уинский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная поликлиника»	Краснокамский район
	Краснокамск
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Нытва
	Частинский район
	Большесосновский район
	Сивинский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	Кунгур
	Кунгурский район
	Октябрьский район
	Суксунский район
	Кишертский район
	Березовский район
	Ординский район
ГБУЗ ПК «Ордена «Знак почета» Пермская краевая клиническая больница»	Ильинский район
	Верещагинский район
	Добрянский район
	Пермь
ГБУЗ ПК «Чусовская центральная районная поликлиника»	Чусовой
	Гремячинск

	Горнозаводск
	Губаха
ГБУЗ ПК «Городская поликлиника Лысьвенского городского округа»	Лысьва
ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Чайковская городская поликлиника №1»	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Осинский район
	Еловский район
ГБУЗ ПК «Коми-Пермяцкая окружная больница»	Коми-Пермяцкий АО
ГБУЗ ПК «Центральная районная больница» Пермского муниципального района	Пермский район
ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье»	Пермь
ГАУЗ ПК «Городская больница № 21»	Пермь

5.3. При сроке беременности 30 - 34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной.

6. При установлении у беременной высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее на пренатальный консилиум в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза. При наличии показаний к инвазивным методам пренатальной диагностики пренатальный консилиум направляет беременную жительницу Пермского края на госпитализацию в гинекологическое отделение ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» в день обращения, жительницу г. Перми в гинекологическое отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им.

М.А.Тверье».

В ходе заседания пренатального консилиума беременная и члены ее семьи информируются о характере и тяжести врожденных изменений у плода, о возможном объеме и длительности лечения ребенка после рождения, о возможной степени утраты физических и психических параметров здоровья (инвалидизации), о прогнозе жизни.

По результатам пренатального консилиума оформляется добровольное информированное согласие беременной на пролонгирование или прерывание беременности по медицинским показаниям или отказ от него.

Решение пренатального консилиума и результат информирования согласия беременной, заверенный ее личной подписью, оформляются протоколом в журнале пренатального консилиума (форма произвольная), вносится в первичную документацию и выдается беременной для предъявления врачу по месту наблюдения.

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 после получения информированного добровольного согласия беременной. Прерывание беременности в сроке до 22 недель проводится в гинекологических отделениях: жителям г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жителям Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» с обязательным направлением на патолого-анатомическое исследование. При сроке беременности более 22 недель в акушерских отделениях: жителям г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жителям Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» с обязательным направлением на патолого-анатомическое исследование.

Если по заключению перинатального консилиума возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных для родоразрешения осуществляется в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (при врожденных пороках сердца), ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье» (другие врожденные пороки развития).

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Пермском крае, беременная по заключению пренатального консилиума направляется в федеральные медицинские организации, имеющие лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

7. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При наличии у беременной экстрагенитальной патологии, беременная направляется на пренатальную комиссию в консультативно-диагностическое отделение перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» до 21 недели беременности и в дальнейшем по

необходимости для решения вопроса о возможности вынашивания беременности, тактики ведения, месте родоразрешения.

8. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения.

Схема госпитализации беременных женщин с экстрагенитальной патологией, проживающих на территории Пермского края за исключением города Перми, для прерывания беременности.

Профиль экстрагенитальной патологии	Учреждение здравоохранения
Вся экстрагенитальная патология	ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»

Схема госпитализации беременных женщин с экстрагенитальной патологией, проживающих в городе Перми, для прерывания беременности.

Профиль экстрагенитальной патологии	Учреждение здравоохранения
Заболевания крови, эндокринной системы	ГБУЗ ПК «Клиническая медико-санитарная часть №1»
Заболевания почек и мочевыводящих путей	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница №2 им. Ф.Х. Граля»
Другая экстрагенитальная патология	ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье»

9. При наличии показаний беременные из группы риска из числа, проживающих и работающих граждан Пермского края непосредственно после стационарного лечения направляются на долечивание в условиях санатория (курорта).

Показаниями для направления беременных групп риска на долечивание (реабилитацию) в санатории являются:

беременность в сроках 12-30 недель, включая период пребывания в санатории. Конечные сроки направления беременных на долечивание (реабилитацию) в санаторий: 27 недель - по показаниям, многоплодная беременность (двойня) - 23 недели, рубец на матке - 20 недель;

продолжение лечения плацентарной недостаточности;

сопутствующая миома матки без признаков нарушения питания миоматозных узлов;

пороки развития матки при неосложненном течении беременности;

наличие полноценного рубца на матке при сроке беременности до 23 недель, включая период пребывания в санатории;

анемия (железодефицитная, пернициозная, гемолитическая вне стадии обострения) при показателе уровня гемоглобина не ниже 90 г/л, без сопутствующих заболеваний;

заболевания внутренних органов в стадии стойкой ремиссии;

нейроциркуляторная дистония;

невынашивание беременности в анамнезе;



бесплодие в анамнезе;  
наличие гипотрофии плода в анамнезе;  
беременность первородящих в возрасте 28 лет и старше;  
беременность юных первородящих в возрасте до 18 лет;  
дефицит массы тела;  
гормональные нарушения (гиперандрогения, гипотиреоз) исключая общие противопоказания для санаторно-курортного лечения.

Противопоказаниями для направления беременных групп риска на долечивание (реабилитацию) в санатории являются:

чрезмерная рвота;  
поздний гестоз (отеки, протеинурия, гипертензионные расстройства);  
кровотечения во время беременности;  
угроза преждевременного прерывания беременности;  
предлежание плаценты;  
многоводие, маловодие;  
признаки несостоятельности рубца на матке при кесаревом сечении в анамнезе;  
индуцированная беременность с осложнениями;  
пороки развития с осложненным течением беременности, новообразования женских половых органов;  
экстрагенитальные заболевания в стадии обострения;  
болезни крови (лимфолейкозы, лейкомия; пернициозная, гемолитическая анемия, железодефицитная анемия с показателем гемоглобина ниже 90 г/л);  
болезнь Верльгофа и другие геморрагические синдромы;  
заболевания органов эндокринной системы в стадии декомпенсации;  
обострение вирусных инфекций, передаваемых половым путем (герпес; цитомегалия, ВИЧ/СПИД, гепатиты);

общие противопоказания, исключающие направление беременных женщин групп риска в санатории (острые инфекционные и венерические заболевания (в том числе инфекционные заболевания глаз и кожи), психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания, болезни крови в острой стадии, злокачественные новообразования, острая почечная и печеночная недостаточность, сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации или требующие хирургической помощи).

10. При угрожающих преждевременных родах лечение беременной жительницы г.Перми осуществляется с 22 недель до 28 недель беременности в перинатальном центре ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», с 29 недель до 35 недель в акушерском отделении ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье», беременной жительницы Пермского края с 22 недель до 35 недель беременности направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

При угрожающем аборте лечение беременной осуществляется в гинекологическом отделении по месту жительства.

11. Врачи акушеры-гинекологи, а в случае их отсутствия врачи общей практики (семейные врачи), медицинские работники фельдшерско-акушерских

пунктов осуществляют плановое направление в стационар беременных на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары:

11.1. первой группы (низкая степень риска) являются:

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

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

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

отсутствие в анамнезе у женщины ante-, intra- 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 родоразрешения беременные женщины направляются в акушерские стационары второй, третьей А группы в плановом порядке.

11.2. второй группы (средняя степень риска) являются:

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

переношенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза I - II степени;

тазовое предлежание плода;

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

мертворождение в анамнезе;

многоплодная беременность;

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

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

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

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

многоводие;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33 - 36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);

задержка внутриутробного роста плода I - II степени.

11.3. третьей А группы (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

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

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, 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-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 тромбозы венозной системы в анамнезе и при настоящей беременности;

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

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

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

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

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

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

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

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

миастения;

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

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

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

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

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

При наличии акушерских осложнений беременная направляется в акушерский стационар.

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

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.

13. В случаях преждевременных родов с 22 недель до 28 недель беременности жительницы г.Перми направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», с 29 недель до 35 недель в акушерское отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.

Тверье», жительницы Пермского края с 22 недель до 35 недель беременности направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

14. При сроке 35 - 36 недель беременности с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная 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.

15. В консультативно-диагностическое отделение перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», направляются беременные:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);

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

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

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

1. В случае подтверждения врожденного порока развития (далее - ВПР) у плода, требующего хирургической помощи, пренатальный консилиум организованный на базе перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» 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 пренатального консилиума выдается на руки беременной для предъявления по месту наблюдения по беременности.

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

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

4. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ВПР или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с разделом I настоящего Порядка.

5. При ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарных нарушений беременная направляется в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (при врожденных пороках сердца), ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье» (другие врожденные пороки развития).

6. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи пренатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

6.1. При наличии у плода ВПС, требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная направляется для родоразрешения в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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

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

6.2. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней - трех месяцев жизни ребенка, беременная направляется для родоразрешения в перинатальный центр ГБУЗ ПК

«Ордена «Знак Почета» Пермская краевая 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 ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Пермь). Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной бригадой реанимационной-консультативного центра ГБУЗ ПК «Пермская краевая детская 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.

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

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

- атрезия трикуспидального клапана;

- большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;

- тетрада Фалло;

- двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

7. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной с врожденным пороком развития (далее - ВПР) у плода (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, пренатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

7.1. 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 направляется для родоразрешения в акушерское отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье». Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной бригадой реанимационной-консультативного центра ГБУЗ ПК «Пермская краевая детская клиническая больница».

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

К изолированным ВПР относятся:

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

7.2. при наличии у плода ВПР, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями, или наличии множественных ВПР, в максимально ранние сроки беременности в перинатальном центре ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (консультирование врача-генетика и проведение кариотипирования в декретированные сроки, ЭХО-кардиография у плода, магнитно-резонансная томография плода). По результатам проведенного дообследования проводится консультирование врачами-специалистами перинатального консилиума для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

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

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

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

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

2. 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.

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

Распределение учреждений родовспоможения по группам.

Учреждения родовспоможения первой группы	Учреждения родовспоможения второй группы	Учреждения родовспоможения третьей А группы
1	2	3
ГБУЗ ПК «Александровская центральная городская больница»	ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
ГБУЗ ПК «Губахинская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Кизеловская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Еловская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье»
ГБУЗ ПК «Бардымская центральная районная больница им. А.П.Курочкиной»		
ГБУЗ ПК «Оханская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Карагайская центральная районная больница»		

ГБУЗ ПК «Сивинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Частинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Большесосновская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Ильинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Очерская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Верещагинская районная больница»		
ГБУЗ ПК "Горнозаводская центральная районная больница"	ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г.Любимова»	
ГБУЗ ПК «Суксунская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	
ГБУЗ ПК «Уинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Красновишерская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	
ГБУЗ ПК «Куединская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Октябрьская		

центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Гайнская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Коми- Пермяцкая окружная больница»	
ГБУЗ ПК «Косинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Юрлинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Добрянская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница № 7»	
	ГБУЗ ПК «Лысьвенская центральная районная больница»	
	ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница № 21»	
	ГБУЗ ПК «Медико- санитарная часть № 7»	

2.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных в акушерские стационары:

2.1.1. первой группы (низкая степень риска) являются:

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

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

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

отсутствие в анамнезе у женщины ante-, intra- 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 родоразрешения беременные направляются в акушерские стационары второй, третьей группы в плановом порядке.

2.1.2. второй группы (средняя степень риска) являются:

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- переношенная беременность;
- предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I - II степени;
- тазовое предлежание плода;
- низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34 - 36 недель;
- мертворождение в анамнезе;
- многоплодная беременность;
- кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
- многоводие;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33 - 36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);
- задержка внутриутробного роста плода I - II степени.

Учреждения родовспоможения второй группы с прикрепленной территорией.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	Александровск
	Березники
	Кизел
	Усолье
ГБУЗ ПК ««Чернушинская центральная районная больница»»	Чернушинский район
	Октябрьский район

	Куединский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница»	Краснокамск
	Вережагинский район
	Пермский район
	Сивинский район
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Частинский район
	Б. Сосновский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская городская больница»	г. Кунгур
	Кунгурский район
	Суксунский район
	Кишертский район
	Уинский район
	Ординский район
	Березовский район
ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г. Любимова»	Чусовой
	Гремячинск
	Губаха
	Горнозаводск
ГБУЗ ПК «Городская больница» г. Лысьва	Лысьва
ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Центральная городская больница» г. Чайковский	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Еловский район
	Осинский район
ГБУЗ ПК «Коми - Пермская окружная больница»	Коми-Пермский автономный округ
ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №21»	Кировский, Дзержинский районы (правый берег) г.Перми
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №9 им.М.А.Тверье»	Ленинский, Дзержинский (левый берег), Индустриальный районы г.Перми, Пермский район
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №7»	Орджоникидзевский, Мотовилихинский районы

	(Висим, Вышка1,П, Запруд, Гарцы) г.Перми, Ильинский район
ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница №7»	Мотовилихинский ( кроме Висим, Вышка1,П, Запруд, Гарцы), Свердловский районы г.Перми, Добрянский район, Пермский район

2.1.3. ГБУЗ ПК «Медсанчасть N 9 им. М.А.Тверье», ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

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

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, 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-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 тромбозы венозной системы в анамнезе и при настоящей беременности;

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

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей,

беременность после нефрэктомии;

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

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

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

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

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

миастения;

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

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

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

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

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

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

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

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

4. 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.

5. 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.

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

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

1. Беременные с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в кардиологические отделения в сроках:

1.1. до 10 - 12 недель беременности для проведения обследования и консилиума врачей в составе врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога и решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности;

1.2. 18 - 22 недели беременности для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса;

1.3. 27 - 32 недели беременности для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Проведения консилиума, в составе врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога с целью определения дальнейшей тактики ведения беременности, а при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям;

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

Медицинские организации (кардиологические отделения) с прикрепленной территорией.

Медицинская организация	Территория
ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»	Пермский край
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №9 им.М.А.Тверье»	г.Пермь

2. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в стационар беременных женщин в сроке до 12 недель в кардиологические отделения для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

2.1. ревматические пороки сердца:

все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;  
ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более



степени тяжести;

все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;  
пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;  
пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;  
пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;  
пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

## 2.2. ВПС:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

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

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

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

врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

Болезнь Эбштейна;

сложные ВПС;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза;

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, проживающих на территории Пермского края в гинекологическом отделении ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», проживающих в г. Перми в гинекологическом отделении ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье».

4. При отказе от прерывания беременности женщина направляется на пренатальную комиссию в консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», с целью

решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной абляции) - о направлении в ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер».

5. При сроке беременности 35 - 37 недель жительницы Пермского края направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», жительницы г.Перми в ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье» для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения.

6. Беременные 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 перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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 ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер». Для дальнейшего лечения и реабилитации родильницы, проживающие на территории Пермского края переводятся в кардиологическое отделение ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», проживающие в г. Перми в кардиологическое отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье».

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

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 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 труднокорректируемым 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 отделения анестезиологии-реаниматологии ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» направляются беременные, роженицы и родильницы жительницы Пермского края; беременные, роженицы и родильницы жительницы г.Перми – в ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье» 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, 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 - осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, функционирующей в составе ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» или бригадами скорой

медицинской помощи (далее-СМП).

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

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

Дежурный администратор районной больницы организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему медицинскую помощь беременной, 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, роженицы или родильницы.

5. При поступлении беременной, роженицы или родильницы в медицинскую организацию, после оценки тяжести состояния беременной, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации в акушерский дистанционный консультативный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

6. Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах первой и второй групп, для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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

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

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

3. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщинам, планирующим сохранить беременность, проводят повторное

тестирование в 28 - 30 недель. Женщин, которые во время беременности употребляли парентерально психоактивные вещества и (или) вступали в половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется обследовать дополнительно на 36 неделе беременности.

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

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

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

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

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

Послетестовое консультирование проводится беременным 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 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не

подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

8. Дальнейшее наблюдение беременной с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и врачом-акушером-гинекологом по месту диспансерного наблюдения.

При невозможности направления (наблюдения) беременной в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» наблюдение осуществляет врач-акушер-гинеколог по месту диспансерного наблюдения при методическом и консультативном сопровождении врача-инфекциониста ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Врач-акушер-гинеколог в период наблюдения за беременной с ВИЧ-инфекцией направляет в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной, 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 с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, назначенных специалистами ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Об отсутствии у беременной антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог незамедлительно информирует ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для принятия соответствующих мер.

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

11. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или с однократным обследованием на ВИЧ-инфекцию, а также употреблявших в течение беременности психоактивные вещества внутривенно, или имевших незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером,

рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия.

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

13. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для проведения верификационного исследования, результаты которого немедленно передаются в акушерский стационар.

15. В случае получения положительного результата тестирования на ВИЧ в лаборатории ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» женщина с новорожденным после выписки из акушерского стационара направляется в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для консультирования и дальнейшего обследования.

16. В экстренных ситуациях, при невозможности ожидания результатов стандартного тестирования на ВИЧ-инфекцию из ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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 акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

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

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

- а) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;
- б) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;
- в) при наличии эпидемиологических показаний:

невозможность проведения экспресс-тестирования или своевременного получения результатов стандартного теста на антитела к ВИЧ у роженицы;

наличие в анамнезе у роженицы в период настоящей беременности парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с партнером с ВИЧ-инфекцией;

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

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

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

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

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

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами (на сроке не ранее 32 недели беременности) более или равна 1 000 коп/мл;

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

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

24. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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 кодом контингента) в медицинской документации матери и ребенка и передаются в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

## Раздел VII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

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

2. 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 аборт, 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.

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

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

II группа - женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

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

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

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

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

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

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

Группы диспансерного наблюдения:

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 (невыведение, 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 ГБУЗ ПК «Пермский краевой онкологический диспансер» для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

4. 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.

## Раздел VIII. Порядок оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями

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

2. Первичная медико-санитарная помощь девочкам включает:

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

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

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

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

3. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в медицинских организациях: в детской поликлинике, женской консультации, перинатальном центре, иных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и (или) «педиатрии».

Медицинские организации 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 общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта и осуществляет направление девочки к врачу-акушеру-гинекологу в соответствии с перечнем показаний:

зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации, папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;

выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;

кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;

травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;

патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте;

боли в животе в любом возрасте;

изменение формы и величины живота в любом возрасте;

увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;

ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;

отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12 - 13 лет;

перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);

отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;

указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;

наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;

нарушение строения наружных половых органов, в том числе сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;

аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь и узловые образования молочных желез в пубертатном периоде;

отклонения от нормативной массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от 8 до 17 лет включительно) более чем на 10%;

повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;

задержка физического развития в любом возрасте;

низкорослость (рост 150 см. и менее) в периоде полового созревания;

высокорослость (рост 175 см. и более) в периоде полового созревания;

состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;

3, 4 и 5 группы здоровья с эндокринными, аллергическими, воспалительными и другими хроническими заболеваниями, в том числе дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями в любом возрасте;

реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

начало сексуальных отношений;

необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;

необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В и С.

необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта.

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

Группы диспансерного наблюдения:

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

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

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

При отсутствии врача-акушера-гинеколога девочки с беременностью наблюдаются врачом общей практики (семейным врачом), врачом-педиатром, медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом в

случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания) в соответствии с разделами I - VI настоящего Порядка.

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

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

11. Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет девочку с гинекологической патологией в ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье».

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

13. Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

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

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

Искусственное прерывание беременности проводится:

3.1. не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая - седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

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

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 для консультирования медицинским психологом или специалистом по социальной работе. При отсутствии кабинета медико-социальной помощи 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 Пренатальной комиссией ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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

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

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской

Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности рекомендуется вакуумная аспирация.

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

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

Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний (состояний) производится в условиях стационара.

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

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

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

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

13. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (зарегистрирован Минюстом России 25 декабря 2007 г. № 10807), с изменениями,

внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1661н (зарегистрирован Минюстом России 3 февраля 2012 г. № 23119), пациентка направляется на пренатальную комиссию в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

При наличии медицинских показаний для проведения искусственного прерывания беременности Пренатальной комиссией выдается заключение о наличии у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности.

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

15. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в гинекологических отделениях: жителям г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жителям Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»

16. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится в акушерских отделениях: жителям г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жителям Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»

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

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

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

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

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

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

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

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

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

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

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

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



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

**П Р И К А З**

15.10.2015

№ СЭД-34-01-06-893

**Порядок оказания медицинской  
помощи по профилю  
«акушерство и гинекология  
(за исключением использования  
вспомогательных  
репродуктивных технологий)»  
в Пермском крае**

В целях улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» на территории Пермского края, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», на основании протокола совещания при Министре здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой с руководителями органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья от 16 сентября 2015 г. № 73/10/25

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» на территории Пермского края (далее – Порядок).
2. Главным врачам медицинских организаций Пермского края, независимо от форм собственности, организовать оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в соответствии с утвержденным Порядком.
3. Установить персональную ответственность главных врачей за исполнением настоящего приказа.

4. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней со дня его официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Л.Н.Чудинову.

Заместитель председателя Правительства-  
министр здравоохранения Пермского края

О.П.Ковтун

Утвержден  
приказом Министерства здравоохранения  
Пермского края  
от 15.10.2015 СЭД № 34-01-06-893

**Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Пермском крае**

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

2. Действие настоящего Порядка распространяется на медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, независимо от форм собственности.

**Раздел I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности**

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

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

2.1. амбулаторный, осуществляемый в центральных городских больницах, центральных районных больницах, участковых больницах, городских поликлиниках врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности - врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

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

Медицинские организации, оказывающие помощь в отделениях патологии беременности, с прикрепленной территорией.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	Александровск
	Березники
	Кизел

	Усолье
ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная больница»	Чернушинский район
	Октябрьский район
	Куединский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница»	Краснокамск
	Верецагинский район
	Пермский район
	Сивинский район
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Частинский район
	Б. Сосновский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская городская больница»	г. Кунгур
	Кунгурский район
	Суксунский район
	Кишертский район
	Уинский район
	Ординский район
	Березовский район
ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г. Любимова»	Чусовой
	Гремячинск
	Губаха
	Горнозаводск
ГБУЗ ПК «Городская больница» г. Лысьва	Лысьва
ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Центральная городская больница» г. Чайковский	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Еловский район
	Осинский район
ГБУЗ ПК «Коми - Пермская окружная больница»	Коми-Пермский автономный округ
ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №21»	Кировский, Дзержинский районы (правый берег) г.Перми
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №9 им.М.А.Тверье»	Ленинский, Дзержинский (левый берег), Индустриальный районы г.Перми,



	Пермский район
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №7»	Орджоникидзевский, Мотовилихинский районы (Висим, Вышка I, II, Запруд, Гарцы) г.Перми, Ильинский район
ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница №7»	Мотовилихинский ( кроме Висим, Вышка I, II, Запруд, Гарцы), Свердловский районы г.Перми, Добрянский район, Пермский район

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

Распределение учреждений родовспоможение по группам.

Учреждения родовспоможения первой группы	Учреждения родовспоможения второй группы	Учреждения родовспоможения третьей А группы
1	2	3
ГБУЗ ПК «Александровская центральная городская больница»	ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
ГБУЗ ПК «Губахинская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Кизеловская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Еловская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье»
ГБУЗ ПК «Бардымская центральная районная больница им. А.П.Курочкиной»		
ГБУЗ ПК «Оханская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Карагайская	ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	

центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Сивинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Частинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Большесосновская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Ильинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Очерская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Верещагинская районная больница»		
ГБУЗ ПК "Горнозаводская центральная районная больница"	ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г.Любимова»	
ГБУЗ ПК «Суксунская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	
ГБУЗ ПК «Уинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Красновишерская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	
ГБУЗ ПК «Куединская центральная районная	ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная	

больница»	больница»	
ГБУЗ ПК «Октябрьская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Гайнская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Коми-Пермяцкая окружная больница»	
ГБУЗ ПК «Косинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Юрлинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Добрянская центральная районная больница»		
	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница № 7»	
	ГБУЗ ПК «Лысьвенская центральная районная больница»	
	ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница № 21»	
	ГБУЗ ПК «Медико-санитарная часть № 7»	

3.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных в акушерские стационары:

3.1.1. первой группы (низкая степень риска) являются:

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

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

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

отсутствие в анамнезе у женщины ante-, intra- 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 родоразрешения беременные женщины направляются в акушерские стационары второй, третьей А группы в плановом порядке.

3.1.2. второй группы (средняя степень риска) являются:

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

переношенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза I - II степени;

тазовое предлежание плода;

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

мертворождение в анамнезе;

многоплодная беременность;

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

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

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

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

многоводие;

преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33 - 36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);

задержка внутриутробного роста плода I - II степени.

3.1.3. третьей А группы (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

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

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, 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-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, тромбозмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;  
заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;  
диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;  
заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;  
заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);  
эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);  
заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);  
заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);  
заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);  
миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;  
сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;  
перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

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

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных 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. Скрининговое ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11 - 14 недель, 18 - 21 неделя и 30 - 34 недели.

5.1. При сроке беременности 11 - 14 недель беременная направляется в межрайонные кабинеты пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей ультразвуковое исследование врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования при сроке беременности 11-14 недель, и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

#### Перечень

межрайонных кабинетов пренатальной диагностики нарушений  
внутриутробного развития ребенка с прикрепленными  
территориями, выполняющих ультразвуковое исследование  
при сроке беременности 11-14 недель.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г. Березники	Александровск
	Березники
	Кизел
	Усолье
ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная поликлиника»	Чернушинский район
	Чернушка

	Куединский район
	Уинский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная поликлиника»	Краснокамский район
	Краснокамск
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Нытва
	Частинский район
	Большесосновский район
	Сивинский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	Кунгур
	Кунгурский район
	Суксунский район
	Октябрьский район
	Кишертский район
	Березовский район
	Ординский район
ГБУЗ ПК «Ордена «Знак почета» Пермская краевая клиническая больница»	Ильинский район
	Верещагинский район
ГБУЗ ПК «Чусовская центральная районная поликлиника»	Чусовой
	Гремячинск
	Горнозаводск
	Губаха
ГБУЗ ПК «Городская поликлиника Лысьвенского городского округа»	Лысьва

ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Чайковская городская поликлиника № 1»	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Осинский район
	Еловский район
ГБУЗ ПК «Коми-Пермяцкая окружная больница»	Коми-Пермяцкий АО
Поликлиника ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А.Вагнера» Минздрава России	г. Пермь
ГБУЗ ПК «Добрянская центральная районная больница»	Добрянский район
ГБУЗ ПК «Центральная районная больница» Пермского муниципального района	Пермский район

5.2. При сроке беременности 18 - 21 неделя беременная направляется в межрайонный кабинет пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка, в целях проведения ультразвукового исследования для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода.

Перечень  
межрайонных кабинетов пренатальной диагностики нарушений  
внутриутробного развития ребенка с прикрепленными  
территориями, выполняющих ультразвуковое исследование  
при сроке беременности 18-21 недель.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г. Березники	Александровск
	Березники
	Кизел
	Усолье



ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная поликлиника»	Чернушинский район
	Чернушка
	Куединский район
	Уинский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная поликлиника»	Краснокамский район
	Краснокамск
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Нытва
	Частинский район
	Большесосновский район
	Сивинский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	Кунгур
	Кунгурский район
	Октябрьский район
	Суксунский район
	Кишертский район
	Березовский район
	Ординский район
ГБУЗ ПК «Ордена «Знак почета» Пермская краевая клиническая больница»	Ильинский район
	Верещагинский район
	Добрянский район
	Пермь
ГБУЗ ПК «Чусовская центральная районная поликлиника»	Чусовой
	Гремячинск

	Горнозаводск
	Губаха
ГБУЗ ПК «Городская поликлиника Лысьвенского городского округа»	Лысьва
ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Чайковская городская поликлиника №1»	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Осинский район
	Еловский район
ГБУЗ ПК «Коми-Пермяцкая окружная больница»	Коми-Пермяцкий АО
ГБУЗ ПК «Центральная районная больница» Пермского муниципального района	Пермский район
ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье»	Пермь
ГАУЗ ПК «Городская больница № 21»	Пермь

5.3. При сроке беременности 30 - 34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной.

6. При установлении у беременной высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее на пренатальный консилиум в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза. При наличии показаний к инвазивным методам пренатальной диагностики пренатальный консилиум направляет беременную жительницу Пермского края на госпитализацию в гинекологическое отделение ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» в день обращения, жительницу г. Перми в гинекологическое отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им.

М.А.Тверье».

В ходе заседания пренатального консилиума беременная и члены ее семьи информируются о характере и тяжести врожденных изменений у плода, о возможном объеме и длительности лечения ребенка после рождения, о возможной степени утраты физических и психических параметров здоровья (инвалидизации), о прогнозе жизни.

По результатам пренатального консилиума оформляется добровольное информированное согласие беременной на пролонгирование или прерывание беременности по медицинским показаниям или отказ от него.

Решение пренатального консилиума и результат информирования согласия беременной, заверенный ее личной подписью, оформляются протоколом в журнале пренатального консилиума (форма произвольная), вносится в первичную документацию и выдается беременной для предъявления врачу по месту наблюдения.

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 после получения информированного добровольного согласия беременной. Прерывание беременности в сроке до 22 недель проводится в гинекологических отделениях: жительницам г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жительницам Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» с обязательным направлением на патолого-анатомическое исследование. При сроке беременности более 22 недель в акушерских отделениях: жительницам г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жительницам Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» с обязательным направлением на патолого-анатомическое исследование.

Если по заключению перинатального консилиума возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных для родоразрешения осуществляется в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (при врожденных пороках сердца), ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье» (другие врожденные пороки развития).

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Пермском крае, беременная по заключению пренатального консилиума направляется в федеральные медицинские организации, имеющие лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

7. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При наличии у беременной экстрагенитальной патологии, беременная направляется на пренатальную комиссию в консультативно-диагностическое отделение перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» до 21 недели беременности и в дальнейшем по

необходимости для решения вопроса о возможности вынашивания беременности, тактики ведения, месте родоразрешения.

8. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения.

Схема госпитализации беременных женщин с экстрагенитальной патологией, проживающих на территории Пермского края за исключением города Перми, для прерывания беременности.

Профиль экстрагенитальной патологии	Учреждение здравоохранения
Вся экстрагенитальная патология	ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»

Схема госпитализации беременных женщин с экстрагенитальной патологией, проживающих в городе Перми, для прерывания беременности.

Профиль экстрагенитальной патологии	Учреждение здравоохранения
Заболевания крови, эндокринной системы	ГБУЗ ПК «Клиническая медико-санитарная часть №1»
Заболевания почек и мочевыводящих путей	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница №2 им. Ф.Х. Граля»
Другая экстрагенитальная патология	ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье»

9. При наличии показаний беременные из групп риска из числа проживающих и работающих граждан Пермского края непосредственно после стационарного лечения направляются на долечивание в условиях санатория (курорта).

Показаниями для направления беременных групп риска на долечивание (реабилитацию) в санатории являются:

беременность в сроках 12-30 недель, включая период пребывания в санатории. Конечные сроки направления беременных на долечивание (реабилитацию) в санаторий: 27 недель - по показаниям, многоплодная беременность (двойня) - 23 недели, рубец на матке - 20 недель;

продолжение лечения плацентарной недостаточности;

сопутствующая миома матки без признаков нарушения питания миоматозных узлов;

пороки развития матки при неосложненном течении беременности;

наличие полноценного рубца на матке при сроке беременности до 23 недель, включая период пребывания в санатории;

анемия (железодефицитная, пернициозная, гемолитическая вне стадии обострения) при показателе уровня гемоглобина не ниже 90 г/л, без сопутствующих заболеваний;

заболевания внутренних органов в стадии стойкой ремиссии;

нейроциркуляторная дистония;

невынашивание беременности в анамнезе;

бесплодие в анамнезе;  
наличие гипотрофии плода в анамнезе;  
беременность первородящих в возрасте 28 лет и старше;  
беременность юных первородящих в возрасте до 18 лет;  
дефицит массы тела;  
гормональные нарушения (гиперандрогения, гипотиреоз) исключая общие противопоказания для санаторно-курортного лечения.

Противопоказаниями для направления беременных групп риска на долечивание (реабилитацию) в санатории являются:

чрезмерная рвота;  
поздний гестоз (отеки, протеинурия, гипертензионные расстройства);  
кровотечения во время беременности;  
угроза преждевременного прерывания беременности;  
предлежание плаценты;  
многоводие, маловодие;  
признаки несостоятельности рубца на матке при кесаревом сечении в анамнезе;  
индуцированная беременность с осложнениями;  
пороки развития с осложненным течением беременности, новообразования женских половых органов;  
экстрагенитальные заболевания в стадии обострения;  
болезни крови (лимфолейкозы, лейкомия; пернициозная, гемолитическая анемия, железодефицитная анемия с показателем гемоглобина ниже 90 г/л);  
болезнь Верльгофа и другие геморрагические синдромы;  
заболевания органов эндокринной системы в стадии декомпенсации;  
обострение вирусных инфекций, передаваемых половым путем (герпес; цитомегалия, ВИЧ/СПИД, гепатиты);

общие противопоказания, исключающие направление беременных женщин групп риска в санатории (острые инфекционные и венерические заболевания (в том числе инфекционные заболевания глаз и кожи), психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания, болезни крови в острой стадии, злокачественные новообразования, острая почечная и печеночная недостаточность, сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации или требующие хирургической помощи).

10. При угрожающих преждевременных родах лечение беременной жительницы г.Перми осуществляется с 22 недель до 28 недель беременности в перинатальном центре ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», с 29 недель до 35 недель в акушерском отделении ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье», беременной жительницы Пермского края с 22 недель до 35 недель беременности направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

При угрожающем аборте лечение беременной осуществляется в гинекологическом отделении по месту жительства.

11. Врачи акушеры-гинекологи, а в случае их отсутствия врачи общей практики (семейные врачи), медицинские работники фельдшерско-акушерских

пунктов осуществляют плановое направление в стационар беременных на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары:

11.1. первой группы (низкая степень риска) являются:

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

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

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

отсутствие в анамнезе у женщины ante-, intra- 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 родоразрешения беременные женщины направляются в акушерские стационары второй, третьей А группы в плановом порядке.

11.2. второй группы (средняя степень риска) являются:

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

переношенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза I - II степени;

тазовое предлежание плода;

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

мертворождение в анамнезе;

многоплодная беременность;

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

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

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

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

многоводие;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33 - 36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);

задержка внутриутробного роста плода I - II степени.

11.3. третьей А группы (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

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

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, 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-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 тромбозы 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 железodefицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

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

миастения;

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

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

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

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

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

При наличии акушерских осложнений беременная направляется в акушерский стационар.

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

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.

13. В случаях преждевременных родов с 22 недель до 28 недель беременности жительницы г.Перми направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», с 29 недель до 35 недель в акушерское отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.



Тверье», жительницы Пермского края с 22 недель до 35 недель беременности направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

14. При сроке 35 - 36 недель беременности с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная 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.

15. В консультативно-диагностическое отделение перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», направляются беременные:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);

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

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

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

1. В случае подтверждения врожденного порока развития (далее - ВПР) у плода, требующего хирургической помощи, пренатальный консилиум организованный на базе перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» 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 пренатального консилиума выдается на руки беременной для предъявления по месту наблюдения по беременности.

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

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

4. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ВПР или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с разделом I настоящего Порядка.

5. При ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарных нарушений беременная направляется в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (при врожденных пороках сердца), ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье» (другие врожденные пороки развития).

6. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи пренатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

6.1. При наличии у плода ВПС, требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная направляется для родоразрешения в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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

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

6.2. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней - трех месяцев жизни ребенка, беременная направляется для родоразрешения в перинатальный центр ГБУЗ ПК

«Ордена «Знак Почета» Пермская краевая 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 ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Пермь). Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной бригадой реанимационной-консультативного центра ГБУЗ ПК «Пермская краевая детская 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.

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

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

- атрезия трикуспидального клапана;

- большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;

- тетрада Фалло;

- двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

7. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной с врожденным пороком развития (далее - ВПР) у плода (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, пренатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

7.1. 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 направляется для родоразрешения в акушерское отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье». Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной бригадой реанимационной-консультативного центра ГБУЗ ПК «Пермская краевая детская клиническая больница».

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

К изолированным ВПР относятся:

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

7.2. при наличии у плода ВПР, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями, или наличии множественных ВПР, в максимально ранние сроки беременности в перинатальном центре ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (консультирование врача-генетика и проведение кариотипирования в декретированные сроки, ЭХО-кардиография у плода, магнитно-резонансная томография плода). По результатам проведенного дообследования проводится консультирование врачами-специалистами перинатального консилиума для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

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

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

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

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

2. 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.

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

Распределение учреждений родовспоможение по группам.

Распределение учреждений родовспоможения по группам		
Учреждения родовспоможения первой группы	Учреждения родовспоможения второй группы	Учреждения родовспоможения третьей А группы
1	2	3
ГБУЗ ПК «Александровская центральная городская больница»	ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»
ГБУЗ ПК «Губахинская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Кизеловская городская больница»		
ГБУЗ ПК «Еловская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье»
ГБУЗ ПК «Бардымская центральная районная больница им. А.П.Курочкиной»		
ГБУЗ ПК «Оханская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Карагайская центральная районная больница»		

ГБУЗ ПК «Сивинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Частинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Большесосновская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Ильинская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Краснокамская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Очерская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Верецагинская районная больница»		
ГБУЗ ПК "Горнозаводская центральная районная больница"	ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г.Любимова»	
ГБУЗ ПК «Суксунская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Кунгурская центральная городская больница»	
ГБУЗ ПК «Уинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Красновишерская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	
ГБУЗ ПК «Куединская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная больница»	
ГБУЗ ПК «Октябрьская		

центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Гайнская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Коми- Пермяцкая окружная больница»	
ГБУЗ ПК «Косинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Юрлинская центральная районная больница»		
ГБУЗ ПК «Добрянская центральная районная больница»	ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница № 7»	
	ГБУЗ ПК «Лысьвенская центральная районная больница»	
	ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница № 21»	
	ГБУЗ ПК «Медико- санитарная часть № 7»	

2.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных в акушерские стационары:

2.1.1. первой группы (низкая степень риска) являются:

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

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

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

отсутствие в анамнезе у женщины ante-, интра- 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 родоразрешения беременные направляются в акушерские стационары второй, третьей группы в плановом порядке.

- 2.1.2. второй группы (средняя степень риска) являются:
- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
  - компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
  - увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
  - миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
  - хронический пиелонефрит без нарушения функции;
  - инфекции мочевыводящих путей вне обострения;
  - заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
  - переношенная беременность;
  - предполагаемый крупный плод;
  - анатомическое сужение таза I - II степени;
  - тазовое предлежание плода;
  - низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34 - 36 недель;
  - мертворождение в анамнезе;
  - многоплодная беременность;
  - кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
  - рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
  - рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;
  - беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
  - многоводие;
  - преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33 - 36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);
  - задержка внутриутробного роста плода I - II степени.

Учреждения родовспоможения второй группы с прикрепленной территорией.

ГБУЗ ПК «Родильный дом» г.Березники	Александровск
	Березники
	Кизел
	Усолье
ГБУЗ ПК «Чернушинская центральная районная больница»	Чернушинский район
	Октябрьский район



	Куединский район
ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница»	Краснокамск
	Верецагинский район
	Пермский район
	Сивинский район
	Очерский район
ГБУЗ ПК «Нытвенская центральная районная больница»	Нытвенский район
	Частинский район
	Б. Сосновский район
	Оханский район
	Карагайский район
ГБУЗ ПК «Кунгурская городская больница»	г. Кунгур
	Кунгурский район
	Суксунский район
	Кишертский район
	Уинский район
	Ординский район
	Березовский район
ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г. Любимова»	Чусовой
	Гремячинск
	Губаха
	Горнозаводск
ГБУЗ ПК «Городская больница» г. Лысьва	Лысьва
ГБУЗ ПК «Перинатальный центр г. Соликамска»	Соликамск
	Соликамский район
	Чердынь
	Красновишерск
ГБУЗ ПК «Центральная городская больница» г. Чайковский	Чайковский
ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»	Бардымский район
	Еловский район
	Осинский район
ГБУЗ ПК «Коми - Пермская окружная больница»	Коми-Пермский автономный округ
ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №21»	Кировский, Дзержинский районы (правый берег) г.Перми
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №9 им.М.А.Тверье»	Ленинский, Дзержинский (левый берег), Индустриальный районы г.Перми, Пермский район
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №7»	Орджоникидзевский, Мотовилихинский районы

	(Висим, Вышка1,П, Запруд, Гарцы) г.Перми, Ильинский район
ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница №7»	Мотовилихинский ( кроме Висим, Вышка1,П, Запруд, Гарцы), Свердловский районы г.Перми, Добрянский район, Пермский район

2.1.3. ГБУЗ ПК «Медсанчасть N 9 им. М.А.Тверье», ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

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

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, 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-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 тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;

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

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей,

беременность после нефрэктомии;

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

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

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

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

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

миастения;

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

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

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

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

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

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

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

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

4. 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.

5. 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.

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

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

1. Беременные с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в кардиологические отделения в сроках:

1.1. до 10 - 12 недель беременности для проведения обследования и консилиума врачей в составе врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога и решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности;

1.2. 18 - 22 недели беременности для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса;

1.3. 27 - 32 недели беременности для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Проведения консилиума, в составе врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога с целью определения дальнейшей тактики ведения беременности, а при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям;

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

Медицинские организации (кардиологические отделения) с прикрепленной  
территорией.

Медицинская организация	Территория
ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»	Пермский край
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №9 им.М.А.Тверье»	г.Пермь

2. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в стационар беременных женщин в сроке до 12 недель в кардиологические отделения для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

2.1. ревматические пороки сердца:

все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более

степени тяжести;

все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

## 2.2. ВПС:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

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

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

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

врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

Болезнь Эбштейна;

сложные ВПС;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза;

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, проживающих на территории Пермского края в гинекологическом отделении ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», проживающих в г. Перми в гинекологическом отделении ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье».

4. При отказе от прерывания беременности женщина направляется на пренатальную комиссию в консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», с целью

решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации) - о направлении в ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер».

5. При сроке беременности 35 - 37 недель жительницы Пермского края направляются в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», жительницы г.Перми в ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье» для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения.

6. Беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи, направляются для родоразрешения в перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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 ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер». Для дальнейшего лечения и реабилитации родильницы, проживающие на территории Пермского края переводятся в кардиологическое отделение ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», проживающие в г. Перми в кардиологическое отделение ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье».

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

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 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 труднокорректируемым 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 отделения анестезиологии-реаниматологии ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» направляются беременные, роженицы и родильницы жительницы Пермского края; беременные, роженицы и родильницы жительницы г.Перми – в ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье» 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, 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 - осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, функционирующей в составе ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» или бригадами скорой

медицинской помощи (далее-СМП).

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

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

Дежурный администратор районной больницы организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему медицинскую помощь беременной, 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, роженицы или родильницы.

5. При поступлении беременной, роженицы или родильницы в медицинскую организацию, после оценки тяжести состояния беременной, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации в акушерский дистанционный консультативный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

6. Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах первой и второй групп, для оказания медицинской помощи на месте, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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

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

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

3. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщинам, планиующим сохранить беременность, проводят повторное



тестирование в 28 - 30 недель. Женщин, которые во время беременности употребляли парентерально психоактивные вещества и (или) вступали в половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, рекомендуется обследовать дополнительно на 36 неделе беременности.

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

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

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

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

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

Послетестовое консультирование проводится беременным 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 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не

подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

8. Дальнейшее наблюдение беременной с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и врачом-акушером-гинекологом по месту диспансерного наблюдения.

При невозможности направления (наблюдения) беременной в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» наблюдение осуществляет врач-акушер-гинеколог по месту диспансерного наблюдения при методическом и консультативном сопровождении врача-инфекциониста ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Врач-акушер-гинеколог в период наблюдения за беременной с ВИЧ-инфекцией направляет в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной, 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 с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, назначенных специалистами ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Об отсутствии у беременной антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог незамедлительно информирует ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для принятия соответствующих мер.

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

11. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или с однократным обследованием на ВИЧ-инфекцию, а также употреблявших в течение беременности психоактивные вещества внутривенно, или имевших незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером,

рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия.

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

13. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для проведения верификационного исследования, результаты которого немедленно передаются в акушерский стационар.

15. В случае получения положительного результата тестирования на ВИЧ в лаборатории ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» женщина с новорожденным после выписки из акушерского стационара направляется в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для консультирования и дальнейшего обследования.

16. В экстренных ситуациях, при невозможности ожидания результатов стандартного тестирования на ВИЧ-инфекцию из ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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 акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

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

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

- а) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;
- б) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;
- в) при наличии эпидемиологических показаний:

невозможность проведения экспресс-тестирования или своевременного получения результатов стандартного теста на антитела к ВИЧ у роженицы;

наличие в анамнезе у роженицы в период настоящей беременности парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с партнером с ВИЧ-инфекцией;

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

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

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

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

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

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами (на сроке не ранее 32 недели беременности) более или равна 1 000 коп/мл;

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

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

24. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом 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 ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе 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 кодом контингента) в медицинской документации матери и ребенка и передаются в ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

## Раздел VII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

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

2. 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 аборт, 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, прекоцепционную и прегравидарную подготовку.

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза.

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

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

II группа - женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

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

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

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

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

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

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

Группы диспансерного наблюдения:

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 ГБУЗ ПК «Пермский краевой онкологический диспансер» для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

4. 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.

## Раздел VIII. Порядок оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями

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

2. Первичная медико-санитарная помощь девочкам включает:

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

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

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

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

3. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в медицинских организациях: в детской поликлинике, женской консультации, перинатальном центре, иных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и (или) «педиатрии».

Медицинские организации 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 общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта и осуществляет направление девочки к врачу-акушеру-гинекологу в соответствии с перечнем показаний:

зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации, папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;

выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;

кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;

травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;

патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте;

боли в животе в любом возрасте;

изменение формы и величины живота в любом возрасте;

увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до 8 лет;

ускоренное физическое и биологическое развитие в возрасте до 8 лет;

отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12 - 13 лет;

перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде (с менархе до 17 лет включительно);

отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше;

указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;

наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;

нарушение строения наружных половых органов, в том числе сращение малых половых губ, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте;

аплазия, гипоплазия, гиперплазия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, фиброзно-кистозная болезнь и узловые образования молочных желез в пубертатном периоде;

отклонения от нормативной массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от 8 до 17 лет включительно) более чем на 10%;

повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;

задержка физического развития в любом возрасте;

низкорослость (рост 150 см. и менее) в периоде полового созревания;

высокорослость (рост 175 см. и более) в периоде полового созревания;

состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;

3, 4 и 5 группы здоровья с эндокринными, аллергическими, воспалительными и другими хроническими заболеваниями, в том числе дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями в любом возрасте;

реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

начало сексуальных отношений;

необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;

необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД, гепатита В и С.

необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта.

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

Группы диспансерного наблюдения:

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

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

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

При отсутствии врача-акушера-гинеколога девочки с беременностью наблюдаются врачом общей практики (семейным врачом), врачом-педиатром, медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом в

случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания) в соответствии с разделами I - VI настоящего Порядка.

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

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

11. Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач-акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет девочку с гинекологической патологией в ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А. Тверье».

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

13. Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

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

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

Искусственное прерывание беременности проводится:

3.1. не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая - седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

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

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 для консультирования медицинским психологом или специалистом по социальной работе. При отсутствии кабинета медико-социальной помощи 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 Пренатальной комиссией ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

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

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

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской

Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности рекомендуется вакуумная аспирация.

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

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

Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний (состояний) производится в условиях стационара.

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

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

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

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

13. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (зарегистрирован Минюстом России 25 декабря 2007 г. № 10807), с изменениями,

внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1661н (зарегистрирован Минюстом России 3 февраля 2012 г. № 23119), пациентка направляется на пренатальную комиссию в ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

При наличии медицинских показаний для проведения искусственного прерывания беременности Пренатальной комиссией выдается заключение о наличии у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности.

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

15. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в гинекологических отделениях: жителям г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жителям Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»

16. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится в акушерских отделениях: жителям г. Перми - ГБУЗ ПК «Медсанчасть № 9 им. М.А.Тверье», жителям Пермского края - ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»

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

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

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

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

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

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

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

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

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

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

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

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