

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«Ермаковская районная больница»**

ПРИКАЗ

от 29 марта 2021 г.

№ 207

«Об оказании медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»

Во исполнение приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 25.01.2021 № 55-орг, в целях совершенствования системы оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить мероприятия по организации акушерско-гинекологической помощи женщинам на территории Ермаковского района (приложение №1);
2. Утвердить листы маршрутизации беременных, рожениц, родильниц (0-42 суток), женщин после прерывания беременности (0-42 суток) и гинекологических больных на территории Ермаковского района (приложение №2);
3. Врачам акушерам-гинекологами обеспечить:
 - соблюдение этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов и гинекологических больных в соответствии с уровнями оказания медицинской помощи;
 - своевременное внесение сведений о беременных женщинах группы среднего и высокого риска в ГИСЗ «Перинатальный мониторинг», неукоснительное и своевременное соблюдение рекомендаций специалистов;
 - своевременное обращение в АРКЦ КГБУЗ КККЦОМД при выявлении случаев критических акушерских состояний и направление извещения о критическом акушерском состоянии/случае материнской смерти в соответствии с приложениями №7 и 8 к приказу министерства здравоохранения Красноярского края от 25.01.2021 №55-орг.;
 - защиту персональных данных и сведений о пациентах, составляющих врачебную тайну, при их получении, обработке и передаче по защищенному электронному каналу связи VipNet;
 - ведение форм медицинских документов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 №1130н.

4. Районному педиатру Кускашевой И.Г. обеспечить проведение профилактических осмотров детей в возрасте до 17 лет включительно с целью раннего выявления заболеваний репродуктивной системы, формирования диспансерных групп и лечения;
5. Заместителю главного врача по медицинской части Глушан Н.В. обеспечить:
 - размещение приказа министерства здравоохранения Красноярского края № 55-орг. от 21.01.2021г. в женской консультации, родильном и гинекологическом отделениях КГБУЗ «Ермаковская РБ», а так же наличие на рабочих местах у врачей акушер-гинекологов;
 - проведение в учреждении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с действующим законодательством;
 - внедрение форм медицинских документов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 №1130н.
6. С приказом ознакомить под роспись.
7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Глушан Н.В.

Главный врач
КГБУЗ "Ермаковская РБ"

А.М. Петровский

Лист
ознакомления к приказу № 207 от 29.03.2021
«Об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

[illegible]

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
КГБУЗ «Ермаковская РБ»
_____ А.М. Петровский

**Комплекс мероприятий по организации
акушерско-гинекологической помощи
женщинам на территории Ермаковского района**

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

1. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, в КГБУЗ «Ермаковская РБ», имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)», или «акушерскому делу» не зависимо от форм собственности.

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

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

стационарный, осуществляемый:

при наличии акушерской патологии в отделениях патологии беременности родильного отделения РБ, городских и межрайонных больниц, межрайонных родильных домов, краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

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

3. При диспансерном наблюдении и физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом акушером-гинекологом - не менее пяти раз,
- врачом-терапевтом - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7-10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);
- врачом-стоматологом-не менее одного раза;
- врачом-офтальмологом не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- врачами-специалистами по медицинским показаниям с учетом сопутствующей патологии;
- врачом генетиком - однократно в группе риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией и /или по результатам скрининга первого триместра (при высоком риске анеуплоидии плода) и/или по результатам УЗИ 1 или 2 триместра при высоком риске хромосомной и генной патологии плода или выявлении пороков развития плода по

результатам неинвазивного пренатального скрининга (при высоком риске анеуплоидии плода).

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

Допплерометрия проводится:

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

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

При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером- гинекологом до 11-12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода оформляется врачом - акушером-гинекологом до 20 недель беременности.

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

Оценка антенатального развития плода проводится в кабинете (отделении) антенатальной охраны плода КГБУЗ «Минусинская МБ» или КГБУЗ КККЦОМД всем беременным женщинам, проживающим на территории Ермаковского района, обратившимся за медицинским наблюдением по беременности на сроке до 14 недель. При постановке беременной женщины на диспансерный учет с ней проводится разъяснительная беседа о необходимости проведения обследования в указанные сроки гестации и определяется дата проведения.

3.2. На первом этапе при сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второй или третьей группы (уровня) (согласно приложению № 2 к настоящему приказу) для проведения ультразвукового исследования (далее-УЗИ) врачами- специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода), и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А(РАРР-А) (далее-А(РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. 0-ед. ХГЧ) (далее- 0-ед. ХГЧ).

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

индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.

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

Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. 0-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности (далее-талон-направление) с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, оформленным по форме согласно приложению к «Мероприятиям по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности» доставляются из КГБУЗ «Ермаковская РБ» в лабораторию пренатального скрининга краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медикогенетический центр» не реже 1 раза в 3 дня.

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

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

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

При выявлении у беременных женщин высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА и/или ПРП по результатам скрининга при сроках беременности 11 - 14 недель, жительницы Ермаковского района направляются в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» имеющее лицензии по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «ультразвуковая диагностика» и «клиническая лабораторная диагностика» и осуществляющие комплексный расчет индивидуального риска, для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ.

В случае подтверждения высокого риска ХА и/или ПРП ассоциированных

с ХА, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования (аспирация/биопсия ворсин хориона).

Аспирация/биопсия ворсин хориона проводится жительницам Ермаковского района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой медикогенетический центр». Аспирация/биопсия ворсин хориона проводится в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационара.

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

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

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

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

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

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

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

медицинским показаниям беременные женщины направляются:

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

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) в I триместре беременности (до 12 недель) женщины с соматической патологией направляются в гинекологическое отделение КГБУЗ «Минусинская МБ».

3.3. На втором этапе при сроке беременности 19-21 неделя беременные женщины с низким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11-14 недель, направляются в кабинет антенатальной охраны плода КГБУЗ «Минусинская МБ»; беременные женщины с высоким риском в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» с целью проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП.

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

Беременные женщины при выявлении во II триместре беременности ультразвуковых маркеров ХА, подозрения на ПРП и/или невозможности визуализации анатомических структур плода направляются для уточнения диагноза в кабинеты антенатальной охраны плода в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

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

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

Инвазивное обследование (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) проводится: в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр». Полученный материал доставляется в генетическую лабораторию соответствующего учреждения здравоохранения для проведения генетической диагностики, по результатам которой оформляется заключение врача-генетика.

В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП Пренатальным консилиумом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр» беременной предоставляется информация о результатах обследования, наличии

ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

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

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

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

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

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

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

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

Девочки до 17 лет включительно для прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) и при состоянии физиологической незрелости (до достижения возраста 15 лет) на сроке гестации до 22 недель направляются в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

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

в КГБУЗ «Ермаковская РБ», либо сторонних МО при заключении договора на оказание услуг.

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

жительницы Ермаковского района в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр».

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

3.6. При проведении прерывания беременности в связи с ПРП, в случае перинатальной смерти проводится верификация диагноза на основе патолого-анатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, а также данных магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии.

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

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

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

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

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

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

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

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в

Красноярском крае, беременная женщина или новорожденный по заключению консилиума врачей направляется в медицинскую организацию, расположенную за пределами Красноярского края.

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

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

Беременные женщины с соматическими заболеваниями направляются на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» для проведения объема диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса о пролонгировании или прерывании беременности (при наличии медицинских показаний).

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

7.1. При принятии решения о пролонгировании беременности в период наблюдения проводятся консультации (динамическое наблюдение) по показаниям специалистами по профилю патологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница».

8. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям (соматические заболевания матери) на сроке гестации до 22 недель женщины направляются в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

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

9.1 Женская консультация (акушерско-гинекологический кабинет) КГБУЗ «Ермаковская РБ», оказывающая первичную специализированную медико-санитарную помощь, относится к учреждению 1 группы (уровня):

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

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

К женским консультациям второй группы относятся женские консультации: № 1, № 2, № 3 краевого государственного бюджетного учреждения

здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1»; № 1, № 2, № 3 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 2»; № 1, № 2 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4»; № 1, № 2, № 3, № 4 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Канская межрайонная больница»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2».

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

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

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

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

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

Для контроля качества проведения ультразвукового скрининга состояния шейки матки проводится дистанционный мониторинг врачами краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медико-генетический центр».

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

группы низкого риска- в КГБУЗ «Ермаковская РБ»;

группы среднего риска - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

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

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

группы низкого риска - в гинекологическом отделении КГБУЗ «Ермаковская РБ»;

группы среднего риска- в краевом государственном бюджетном

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

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

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

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

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

группы низкого риска- в профильные соматические отделения КГБУЗ «Ермаковская РБ»;

группы среднего риска - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

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

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

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

группы низкого риска – на койки патологии беременности родильного отделения КГБУЗ «Ермаковская РБ»;

группы среднего риска - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

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

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

15.1. на сроке гестации от 22 до 34 недель включительно (при наличии маркеров преждевременных родов по данным эндовагинальной цервикометрии (длина шейки матки 15 мм и менее), положительный партус- тест), при не корригируемой истмико-цервикальной недостаточности, преждевременном разрыве плодных оболочек в отделение патологии беременности государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия

«Республиканский клинический перинатальный центр» (по согласованию);

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

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

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

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

17. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов исследований, консультаций специалистов, врачом акушером-гинекологом формулируется полный диагноз, определяется краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения для планового родоразрешения.

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

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

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

группы низкого риска - в родильном отделении КГБУЗ «Ермаковская РБ»;

группы среднего риска - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

группы высокого риска - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» согласно критериям этапности оказания медицинской помощи.

17.2. Направление беременных женщин и госпитализация на лечение

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

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

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

в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1» с двумя и более рубцами на матке после операций кесарево сечение;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

После родоразрешения родильницы с туберкулезом переводятся (при наличии медицинских показаний) в краевое государственное бюджетное

учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1» для проведения специфического лечения и дальнейшего наблюдения.

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

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

Койки (отделение) акушерского ухода для беременных женщин Ермаковского района организуются: в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

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

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

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

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

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

22. Маршрутизация женщин в период беременности и родов осуществляется согласно листов маршрутизации.

**Мероприятия
по организации оказания медицинской помощи женщинам
в период родов и в послеродовой период**

1. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в КГБУЗ «Ермаковская РБ», имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «акушерскому делу».

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

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

4. Родильное отделение КГБУЗ «Ермаковская РБ» относится к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовом периоде, первой группы:

а) первая группа:

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

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

отсутствие показаний для планового кесарева сечения;

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

увеличение щитовидной железы без нарушения функции; миопия I и II степени без изменений на глазном дне; хронический пиелонефрит без нарушения функции; инфекции мочевыводящих путей вне обострения; отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (отеки и протеинурия во время беременности, гипертензивные расстройства, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода); головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 грамм) и нормальных размерах таза матери; отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии; отслойки нормально расположенной плаценты; отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как преждевременные роды, гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

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

6. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин группы среднего риска на родоразрешение в акушерский стационар КГБУЗ «Минусинская МБ» 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; поперечное и косое положение плода; кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке; рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке; умеренное маловодие (ИАЖ более 5 см.), умеренное многоводие (ИАЖ до 30 см.); задержка внутриутробного роста плода I-II степени.

7. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин на родоразрешение в межрайонные родильные дома города Красноярска (средняя степень риска) являются: пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений; компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности); увеличение щитовидной железы без нарушения функции; эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный на диетотерапии, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация); хронический пиелонефрит без нарушения функции; инфекции мочевыводящих путей вне обострения; заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит); переносимая беременность; предполагаемый крупный плод; анатомическое сужение таза I-II степени; тазовое предлежание плода; поперечное и косое положение плода; кесарево сечение в анамнезе при

отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке; рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца; планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке; умеренное маловодие (ИАЖ более 5 см.), умеренное многоводие (ИАЖ до 30 см.); задержка внутриутробного роста плода I-II степени; низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель; мертворождение в анамнезе; многоплодная беременность; беременность после разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах; преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 35 недель и более, при наличии противопоказаний к транспортировке; заболевания органов зрения миопия I и II степени и миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома; преэклампсия умеренная; беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона; перенесенные в анамнезе черепномозговые травмы, травмы позвоночника, таза; психические заболевания; рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения; антенатальная гибель плода (при отсутствии критериев предусмотренных пунктом 10 настоящего приложения).

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

возраст беременной до 18 лет; преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 34 недель включительно, при отсутствии противопоказаний для эвакуации; предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель; беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона; тяжелая преэклампсия, эклампсия и их осложнения; 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; рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом; планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке; беременные женщины с миомой матки больших размеров (7 см и более) и/или с множественными узлами; объемное образование малого таза беременной (6 см и более); беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах; задержка внутриутробного роста плода II-III степени; изоиммунизация при беременности (Rh-конфликт, АВО-конфликт); метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения); водянка плода; тяжелое

много- и маловодие; заболевания сердечно-сосудистой системы, не сопровождающиеся развитием сердечно-сосудистой недостаточности; заболевания органов дыхания, не сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности; диффузные заболевания соединительной ткани без активности процесса, антифосфолипидный синдром; заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов без последствий); миастения; злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации; перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза; прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, роженицы и родильницы при отсутствии противопоказаний для эвакуации; тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности; заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии; заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени); заболевания крови (тяжелая гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови); сосудистые мальформации, аневризмы сосудов; расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения); подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии; антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом; состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств; многоплодная беременность (три и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов); состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств; наличие у плода врожденного порока развития и/или наследственные заболевания, требующие хирургического лечения после рождения.

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

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

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

В процессе родов обязательным является ведение партограммы.

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

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

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

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

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

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

12. При выписке родильница консультируется лечащим врачом по вопросам грудного вскармливания, даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка), рекомендации по контрацепции.

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

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

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

При наличии соматического заболевания у родильницы (до 42 суток после родов) врач женской консультации (при наличии медицинских показаний) направляет на консультации к специалистам по профилю патологии в поликлинику по месту жительства.

По истечении 42 суток после родов сведения о родильнице

передаются врачом женской консультации в территориальную поликлинику по месту жительства для дальнейшего диспансерного наблюдения у специалистов по профилю заболевания.

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

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

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

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

С целью оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам Ермаковского района, дистанционного интенсивного наблюдения с применением телемедицинского консультирования (наблюдения) созданы и осуществляют деятельность: акушерский реанимационно-консультативный центр на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее-АРКЦ перинатального центра) и межрайонный акушерский реанимационно-консультативные центры (далее-МАРКЦ) на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

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

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

гинекологии;

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

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

3.1. Мониторинг женщин с угрожающими жизни заболеваниями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового и послеабортного периодов осуществляется в случаях выявления: пре- и эклампсии; HELLP-синдрома; острого жирового гепатоза беременных; предлежания плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности; преждевременной отслойки плаценты с кровопотерей более 1000 мл; рубца на матке с клиническими или инструментальными проявлениями несостоятельности; тяжелой рвоты беременных; внематочной беременности с кровопотерей более 1000 мл; шеечной, брюшной беременности, беременности в рубце; послеродовой или послеабортной кровопотери более 1000 мл., геморрагического шока, ДВС- синдрома; интраоперационных осложнений, связанных с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1500 мл); послеродового (послеоперационного) метроэндометрита; послеоперационного (послеродового) перитонита; послеродового сепсиса; сепсиса во время беременности любой этиологии; осложнений анестезии, трансфузионных осложнений; гипертонической болезни II-III степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт. ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт. ст.; пороков сердца с нарушением кровообращения I степени и выше, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации; острого коронарного синдрома; миокардиодистрофии, кардиомиопатии с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения; тяжелого пиелонефрита с нарушением пассажа мочи, карбункулом, апостематозом почек, пиелонефритом единственной почки; бронхиальной астмы тяжелой степени, гормонозависимой; пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности, требующей респираторной поддержки; других заболеваний легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности, пневмоторакса, гидроторакса, гемоторакса; сахарного диабета в стадии декомпенсации и склонностью к кетоацидозу; тяжелой анемии любого генеза; тромбоцитопении любого происхождения; острого нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелой формы эпилепсии; комы любой этиологии; судорожного синдрома; миастении; требующих срочного хирургического вмешательства у беременных и родильниц.

3.2. К состояниям, заболеваниям, синдромам или симптомам,

требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и с гинекологическими заболеваниями относятся: остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация); нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS); острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелая преэклампсия, эклампсия; желтуха при преэклампсии; билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии); повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ; внутрисосудистый гемолиз; тромботическая микроангиопатия; острый цианоз; одышка более 25 в мин.; патологические ритмы дыхания; апное (любая этиология); острый респираторный дистресс синдром; $\text{paO}_2/\text{PiO}_2 < 200$ мм рт. ст.; сатурация кислорода менее 90% более 60 мин; отек легких (любая этиология); интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией; аспирационный синдром; шок-анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный; продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология); нарушения ритма сердца (любые формы); сердечная недостаточность; олигурия, резистентная к введению жидкости; креатинин более 150,0 ммоль/л; тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл); сгустки крови не образуются, гипокоагуляция; pH крови менее 7,2; признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза; кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение; тяжелая анемия (любой этиологии), сопровождающаяся гемической гипоксией; трансфузия компонентов крови; гистерэктомия (любые показания); лапаротомия кроме операции кесарева сечения; релапаротомия (любые показания); разрыв матки; осложнения после прерывания беременности в ранние сроки; сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок; лактат более 2,0 ммоль/л; госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания); согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, неакушерских операциях во время беременности; осложнения анестезиологического обеспечения (любые); осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов; прогнозируемая или текущая трудная интубация трахеи; декомпенсация соматической патологии.

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

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

5. Дежурный администратор РБ: организует консультативную помощь медицинскому работнику ФАПа, УБ, ВА, ОВП, оказывающему

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

6. При поступлении беременной женщины, роженицы, родильницы, женщины после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием в РБ после оценки тяжести состояния и установления предварительного диагноза, врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог оказывает ей медицинскую помощь в соответствии с приложением № 8 к приказу министерства здравоохранения Красноярского края от 25.01.2021 №55-орг.

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

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

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

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

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

8. МАРКЦ направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, женщинам после

прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями, находящимся на лечении в краевых государственных учреждениях здравоохранения соответствующей группы районов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для медицинской эвакуации данной категории пациентов (с учетом тяжести состояния) в отделения анестезиологии и реаниматологии краевых государственных учреждений здравоохранения, в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение пациентов:

8.1. МАРКЦ краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница» - в соответствующее структурное отделение межрайонной больницы.

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

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

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

Перевод беременных женщин, рожениц, родильниц, женщин после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в продолжении реанимационных мероприятий и/или интенсивной терапии из КГБУЗ «Ермаковская РБ» и госпитализацию, в соответствующие структурные отделения перинатального центра или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или специализированные учреждения здравоохранения: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И.

Крыжановского», осуществляется после предварительного согласования с заведующим АРКЦ перинатального центра или МАРКЦ, заместителем главного врача по акушерству и гинекологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский крайовой клинический центр охраны материнства и детства», с заместителем главного врача по лечебной работе и/или хирургии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», администрацией специализированных учреждений здравоохранения.

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

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

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

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

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

в пункте 3.2. настоящего приложения, специалист учреждения здравоохранения (где находится пациентка) оформляет извещение о критическом акушерском состоянии (далее- извещение о КАС) по форме приложения № 1 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным и направляет в АРКЦ перинатального центра, специалист которого вносит извещение о КАС в регистр критических акушерских состояний ФГБУ «Национальный медицинский

исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России (далее-ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»);

в пункте 3.1. и 3.2 специалист АРКЦ, перинатального центра информирует министерство здравоохранения Красноярского края по форме согласно пункту 13 приложения № 8 к приказу министерства здравоохранения Красноярского края от 25.01.2021 №55-орг.

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

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

- желтуха при преэклампсии, острая жировая дистрофия печени;
- тромботическая микроангиопатия:

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

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

- острый респираторный дистресс-синдром взрослого;

- отек легких (любая этиология);

- массивная кровопотеря и/или продолжающееся кровотечение; сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;

- массивная тромбоэмболия легочной артерии; декомпенсация соматической патологии (любая);

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

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

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

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

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

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

12.6. В случае повторного перевода в отделение анестезиологии и

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

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

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

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

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

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

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

16. По каждому КАС в течении 3 рабочих дней (от момента выявления случая) в учреждении здравоохранения проводится служебная проверка, материалы которой (копии медицинских документов, приказ о проведении проверки, акт проверки, приказ (информация) о принятых мерах, направленных на устранение и предупреждение нарушений) направляются не позднее 5 рабочих дней в организационно-методическийотдел краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» по защищенному

каналу VipNet и на бумажных носителях в установленном порядке.

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

Мероприятия по оказанию медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период

1. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и после родов осуществляется в соответствии с приложениями № 1-№ 12 к приказу министерства здравоохранения Красноярского края от 25.01.2021 №55-орг.

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

Приказом главного врача назначается специалист, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

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

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

Контроль за наличием антиретровирусных препаратов и экспресс-тестов для диагностики ВИЧ-инфекции осуществляет заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения.

3. Обследование на ВИЧ-инфекцию беременных женщин.

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

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

наличие в анамнезе незащищенных половых контактов с необследованными партнерами;

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

3.2. При постановке на учет по диспансерному наблюдению по

беременности в этот же день в процедурном кабинете женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) беременной в обязательном порядке производится забор крови для исследования на ВИЧ-инфекцию.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Беременных женщин, имеющих эпидемиологические показания, необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию ежемесячно до срока родов. К эпидемиологическим показаниям относят: наличие у беременной женщины ВИЧ-инфицированных партнеров; наличие у беременной женщины партнеров, принимающих психоактивные вещества; употребление женщиной психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

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

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

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

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

жители Ермаковского района - в КГБУЗ «Ермаковская РБ» к ответственному врачу за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

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

3.7. Информация, полученная медицинскими работниками о положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами краевого государственного автономного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД», перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

4. Диспансерное наблюдение беременных ВИЧ-инфицированных:

4.1. При выявлении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины врачом, ответственным за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом) в тот же день пациентке оформляется направление на консультацию к врачу акушеру-гинекологу и передаются сведения о пациентке в соответствии со статьей 4 пунктом 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет) по месту жительства по защищенному каналу связи (VipNet).

В случае выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины врачом акушером-гинекологом женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) в тот же день оформляется направление на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту), и передаются сведения о пациентке в соответствии со статьей 4

пунктом 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по защищенному каналу связи (VipNet):

жители Ермаковского района - в поликлинику КГБУЗ «Ермаковская РБ» к ответственному врачу за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

повторное исследование крови на РНК ВИЧ в 36 недель беременности.

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

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

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

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

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

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

помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

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

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

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

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

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

После назначения антиретровирусных препаратов через 2 недели врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом), осуществляется контроль за приемом антиретровирусных препаратов и проводится повторное обследование согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям. По результатам обследования проводится оценка безопасности назначенной схемы антиретровирусной терапии. После получения результатов лабораторных исследований в случае необходимости назначенная схема вертикальной профилактики может быть скорректирована.

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

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

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

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

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

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

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине и

ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

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

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

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

4.7. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач акушер-гинеколог в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

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

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

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

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

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

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

При поступлении беременной женщины в родильный дом (отделение) на

родоразрешение с неизвестным ВИЧ статусом или имеющей эпидемиологические показания, в приемном отделении незамедлительно проводится экспресс-тестирование пациентки на ВИЧ-инфекцию после проведенного дотестового консультирования и получения добровольного информированного согласия пациентки.

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

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

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

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

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

Выписка родильниц с неизвестным ВИЧ-статусом осуществляется после получения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции и проведении послетестового консультирования.

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

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

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

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

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

5.5. Немедикаментозные меры профилактики ВИЧ-инфекции:

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

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

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

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

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

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами (на сроке не ранее 36 недели беременности) более или равна 1000 коп/мл (возможно использование результатов РНК ВИЧ, полученных не позднее 1 месяца);

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

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

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

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

5.6. Медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

эпидемиологические показания:

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

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

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

При выписке из акушерского стационара врач-неонатолог или врач-педиатр подробно в доступной форме разъясняет матери или лицам, которые

будут осуществлять уход за новорожденным, дальнейшую схему приема химиопрепаратов ребенком, выдает на руки антиретровирусные препараты для продолжения антиретровирусной профилактики в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Я проинформирована, что:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Я обязуюсь:

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

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

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

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

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

Подпись пациентки: _____ Дата _____

Врач _____ Дата _____
(ФИО, разборчиво) подпись

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

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

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

2.1. амбулаторный этап, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами: в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете) районной больницы, межрайонных родильных домов и межрайонных центров; в консультативно-диагностическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»; в консультативном отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»; консультативной поликлинике краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

2.2. стационарный этап, осуществляемый в гинекологическом отделении районной больницы, городских и межрайонных больниц, межрайонных родильных домов, многопрофильных больниц, специализированных учреждений.

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

4. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний; оказание медицинской помощи при неотложных состояниях; санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно - просветительских моделей.

При оказании первичной медико-санитарной помощи врач акушер - гинеколог женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) взаимодействует со специалистом по социальной работе, психологом и юристом кабинета медико-социальной помощи в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежелательной беременности, формирования у женщины осознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее

выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель, прегравидарную подготовку.

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

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

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

5. По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы здоровья:

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

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

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

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

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

Группы диспансерного наблюдения:

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

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

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

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

При исключении злокачественных новообразований женщины с

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

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

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

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

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

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

9. В рамках оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

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

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

11. Стационарная помощь гинекологическим больным оказывается в гинекологическом отделении КГБУЗ «Ермаковская РБ» относящемся к первой группе (уровню) медицинских организациях, по возможности оказания медицинской помощи.

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

б) вторая группа-гинекологические отделения городских больниц, специализированных гинекологических больниц, городских больниц скорой медицинской помощи, родильных домов, межрайонных перинатальных центров,

оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»;

в) третья А группа-гинекологические отделения краевых клинических больниц, перинатальных центров, центров охраны материнства и детства, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница» № 4»; филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51».

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

11.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары:

11.1.1. первой группы являются: состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи; состояния, требующие планового оказания специализированной медицинской помощи в объеме, соответствующем уровню оснащенности и квалификации врача-акушера- гинеколога;

11.1.2. второй группы являются - состояния, требующие экстренной или неотложной медицинской помощи, а также состояния, обусловленные гинекологической патологией и требующие оказания специализированной медицинской помощи с использованием в том числе современных медицинских технологий (эндоскопических, а также при необходимости привлечения смежных специалистов);

11.1.3. третьей А группы являются: состояния, обусловленные

гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов; заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спастическим процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения; состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с использованием инновационных технологий, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы.

11.1.4. третьей Б группы: состояния, перечисленные в пункте 11.1.3. и состояния, обусловленные гинекологической патологией для оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Для оказания плановой стационарной медицинской помощи, включая оперативную, женщинам с гинекологическими заболеваниями в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения 2 и 3 группы медицинскими организациями, оказывающими первичную медикосанитарную медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля, не зависимо от формы собственности, осуществляется предварительная запись путем направления соответствующего запроса с прикреплением копий медицинских заключений, результатов обследования и направления на консультацию в медицинской информационной системе qMS (или защищенному каналу).

12. В случае наличия медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в стационарных условиях женщины с гинекологическими заболеваниями направляются в учреждения здравоохранения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля.

12.1. Жители края направляются в гинекологические отделения:

учреждений здравоохранения по месту жительства - женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной экстренной и неотложной медицинской помощи (на территории соответствующего муниципального образования);

учреждений здравоохранения межрайонных центров - женщины с гинекологическими заболеваниями для оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи (на территории обслуживаемого муниципального образования), включая использование современных медицинских технологий, в том числе эндоскопических, эндохирургических;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» женщины с гинекологическими заболеваниями, включая бесплодие, при отсутствии тяжелой соматической патологии, воспалительных заболеваний женской половой сферы и гнойно-воспалительных акушерских осложнений для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомофункционального состояния репродуктивной системы органов;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» - женщины с гинекологическими заболеваниями в сочетании с тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-воспалительными акушерскими осложнениями и осложнениями после прерывания

беременности (аборта) (несостоятельностью швов на матке после операции кесарево сечение, перитонитом, сепсисом), воспалительными заболеваниями женской половой сферы, осложненными образованием tuboовариальных опухолей, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

12.2. При плановой госпитализации женщины с гинекологическим заболеванием обязательным является предварительное обследование.

№	Перечень обследования	Срок годности
1.	анализы крови: на ВИЧ, антитела к <i>Treponema pallidum</i> , HBsAg, антитела к гепатиту С	не более 30 дней
2.	развернутый анализ крови	не более 10 дней
3.	биохимический анализ крови (общий билирубин, общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза)	
4.	коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, АЧТВ)	
5.	общий анализ мочи	
6.	микроскопическое исследование отделяемого половых органов на микрофлору	
7.	кольпоскопия, мазок с шейки матки на атипичные клетки	не более 3 месяцев
8.	ЭКГ	не более 14 дней
9.	заключение терапевта (с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	
10.	флюорография	не более 1 года
11.	УЗИ молочных желез (женщинам до 40 лет)	
12.	заключение стоматолога	
13.	маммография (женщинам старше 40 лет)	не более 2 лет
14.	колоноскопия (при оперативном лечении опухолей яичников)	не более 6 месяцев
15.	ФГС (при оперативном лечении опухолей яичников, при наличии язвенного анамнеза)	не более 30 дней
16.	УЗИ органов малого таза	
17.	СА-125 (при оперативном лечении опухолей яичников)	
18.	заключение специалистов по профилю (при соматической патологии, с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	

13. Основной задачей специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение и восстановление анатомофункционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательной репродукции).

Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи.

14. Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях стационара дневного пребывания.

В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 3-6 часов в сутки.

В целях госпитализации пациентки в дневной стационар врачом акушером-гинекологом женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) выдается направление, выписка из индивидуальной карты беременной и родильницы или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследования.

Дневной стационар осуществляет следующие функции: проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий; проведение комплексного курсового лечения больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения; продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре, в состоянии, не требующем наблюдения в ночное и вечернее время, в условиях активного стационарного режима.

15. При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного наблюдения, пациентка незамедлительно переводится в стационар круглосуточного пребывания.

Показаниями для экстренной госпитализации в круглосуточный стационар являются: угроза жизни больной при острой гинекологической патологии; состояние больной, требующее неотложных лечебно-диагностических мероприятий и/или круглосуточного наблюдения.

16. Показаниями для плановой госпитализации в круглосуточный стационар являются: невозможность проведения лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях; состояние больной, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больной; осложненное течение беременности; территориальная отдаленность больной от стационара (с учетом потенциально возможного осложнения); неэффективность амбулаторного лечения у часто- и длительно болеющих.

17. При наличии медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» пациенты направляются в краевые или федеральные государственные учреждения здравоохранения в зависимости от наличия медицинских показаний.

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

1. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями (в возрасте от 0 до 17 лет включительно) осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним включает: профилактику нарушений формирования репродуктивной системы и заболеваний половых органов; раннее выявление, лечение, в том числе неотложное, и проведение медицинских реабилитационных мероприятий при выявлении гинекологического заболевания; персонифицированное консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики абортов и выбора контрацепции; санитарно -гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории обслуживания медицинской организации, и направленное на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

3. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в женской консультации (акушерско- гинекологическом кабинете), в детском поликлиническом отделении КГБУЗ «Ермаковская РБ», консультативной поликлинике перинатального центра и иных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», по «акушерству и гинекологии (искусственное прерывание беременности)» и (или) «педиатрии» независимо от форм собственности.

Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов.

3.1. Правила организации деятельности кабинета врача - акушера-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 38, № 39, № 40 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н.

4. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, а в случае отсутствия указанного специалиста любым врачом-акушером-гинекологом, врачом-педиатром, врачом -педиатром участковым.

Несовершеннолетним, проживающим в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах Ермаковского района, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами или врачами педиатрами в составе

выездных бригад.

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

5. Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога при оказании первичной медико-санитарной помощи является проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в возрастные периоды: 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно, в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез. В другие возрастные периоды осмотр несовершеннолетних проводится участковым педиатром поликлиники с последующим направлением ее к врачу-акушеру-гинекологу детской поликлиники, женской консультации при наличии медицинских показаний: зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации кожи наружных половых органов и влагалища; сращение малых половых губ; папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте; выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте; кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте; травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте; патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте; боль в животе в любом возрасте; изменение формы и величины живота в любом возрасте; увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до восьми лет; ускоренное физическое и половое развитие в возрасте до восьми лет; отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте тринадцати лет и старше; перерыв в менструациях более чем на 48 дней в пубертатном периоде (с менархе до семнадцати лет включительно); отсутствие менструации в возрасте пятнадцати лет и старше; указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности; наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте; нарушение строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофия клитора и малых половых губ, уrogenитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте, свищи с вовлечением женских половых органов; аплазия, гипоплазия, гипермастия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, доброкачественная дисплазия молочных желез и узловые образования молочных желез, мастит в пубертатном периоде; отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от восьми до семнадцати лет включительно) более чем на 10%; повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте; задержка физического развития в любом возрасте; низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания; высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового созревания; состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте; реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет

включительно); указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза; начало сексуальных отношений; необходимость консультирования несовершеннолетней по вопросам интимной гигиены; необходимость консультирования несовершеннолетней (ее законного представителя) по вопросам вакцинирования против ВГГЧ; необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ, вирусом гепатита В и С; необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных несовершеннолетних, в том числе после аборта.

6. Медицинские вмешательства детям, включая профилактический осмотр, проводятся после получения добровольного информированного согласия девочек в возрасте 15 лет и старше, а в случае обследования и лечения детей, не достигших указанного возраста, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

7. При проведении профилактических осмотров врач акушер- гинеколог или иной медицинский работник осуществляет выяснение жалоб, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценку степени полового развития по Таннеру, осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития.

При профилактическом осмотре несовершеннолетних в возрасте 17 лет при наличии условий проводится взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка шейки матки.

8. По результатам профилактических осмотров несовершеннолетних формируются группы здоровья:

I группа - здоровые несовершеннолетние, не имеющие врожденной патологии, функциональных и морфофункциональных нарушений органов репродуктивной системы;

II группа - несовершеннолетние, имеющие в настоящее время или в течение 6 месяцев, предшествующих профилактическому осмотру:

острую травму половых органов и молочных желез, сращение малых половых губ, полип гимена, гемангиому, кисту вульвы/влагалища, гипертрофию малых половых губ, острые неосложненные воспаления вульвы и (или) влагалища и внутренних половых органов, расстройство менструаций, фолликулярную или желтого тела кисту яичника, нелактационный серозно-инфильтративный или гнойный мастит;

хирургическое вмешательство на органах репродуктивной системы, при сохранности их функции;

III группа - несовершеннолетние:

с хроническими заболеваниями (состояниями) органов репродуктивной системы в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями;

с хроническими рецидивирующими, доброкачественными невоспалительными (склерозирующий лихен, атопический вульвит) и воспалительными заболеваниями наружных половых органов;

с расстройством менструаций, дисменореей в течение 6 месяцев и более;

с доброкачественной опухолью матки и ее придатков;
с доброкачественными заболеваниями молочных желез;
с преждевременным половым развитием (в возрасте до семи лет включительно);

с задержкой полового развития (отсутствие роста молочных желез в возрасте старше тринадцати лет, отсутствие менархе в возрасте старше пятнадцати лет);

с аномалиями (пороками) развития внутренних половых органов;
при сочетании указанных болезней с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации;

IV группа - несовершеннолетние:

с хроническими гинекологическими заболеваниями (состояниями) в активной стадии или с частыми обострениями, с полной или частичной компенсацией функций органов репродуктивной системы;

с хроническими гинекологическими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, требующими назначения поддерживающего лечения, в том числе с генитальным эндометриозом, с синдромом поликистозных яичников, с задержкой полового развития при хромосомных болезнях и ХУ-реверсии пола;

с последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов репродуктивной системы, повлекшими ограничения возможности обучения и труда по причине торпидного течения, частых обострений, локальных и (или) системных осложнений, сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии в стадии неполной компенсации;

V группа - несовершеннолетние:

страдающие тяжелыми хроническими экстрагенитальными заболеваниями (состояниями) с редкими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с сопутствующими гинекологическими заболеваниями и (или) выраженной декомпенсацией функций органов репродуктивной системы;

с дефицитом гормонов репродуктивной системы после лечения онкологического заболевания, повлекшего невозможность обучения и труда.

Несовершеннолетние из I и II группы здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом - акушером-гинекологом или другим медицинским работником.

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

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - несовершеннолетние с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа - несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями;

3 диспансерная группа - несовершеннолетние с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии.

9. При наличии беременности у несовершеннолетней наблюдение ее осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации по месту

жительства и иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», по «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)» независимо от форм собственности в соответствии с приложениями № 1 - № 8 к приказу министерства здравоохранения Красноярского края от 25.01.2021 № 55-орг.

10. Медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, направляет несовершеннолетнюю с гинекологической патологией на амбулаторно-поликлинический прием к врачу акушеру-гинекологу в консультативную поликлинику перинатального центра в случаях, когда: отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие врожденных пороков развития и нарушении полового развития.

Плановая госпитализация несовершеннолетних с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки осуществляется при наличии результатов обследования согласно с пунктом 9 раздела IV приложения 3 к настоящему приказу.

Критерии отбора несовершеннолетних с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки: тяжесть состояния больной; необходимость хирургического вмешательства или манипуляций с использованием анестезии, необходимость подбора и проведения комплексной терапии; проведение комплексного обследования с использованием современных диагностических технологий для уточнения диагноза и для контроля за эффективностью терапии.

Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач - акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет несовершеннолетнюю с гинекологической патологией в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, имеющей гинекологические койки для несовершеннолетних и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» (для консервативного лечения) и или «детской хирургии», «хирургии» (для хирургического лечения).

Правила организации деятельности гинекологического отделения для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения гинекологического отделения для несовершеннолетних определены приложениями № 44, № 45, № 46 к приказу № 1130н.

11. Плановая специализированная медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологической патологией (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы) оказывается в гинекологическом отделении: краевого государственного бюджетного учреждения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» на территории края.

12. Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с острыми гинекологическими заболеваниями (в том числе с воспалительными заболеваниями женской половой сферы), оказывается:

жителям края (с учетом состояния пациента):
в гинекологическом отделении КГБУЗ «Ермаковская РБ» и /или
в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения на территории:

города Минусинска, Минусинского района, Ермаковского района, Идринского района, Каратузского района, Краснотуранского района, Курагинского района, Шушенского района (далее-Южной группы районов) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

в гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы) на территории края.

13. Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с воспалительными образованиями женской половой сферы (включая тубоовариальные гнойные опухоли) оказывается:

Южной группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопию) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и/или матки при выполнении экстренной операции врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами принимается консилиумом с участием врача акушера-гинеколога, заместителя главного врача по лечебной работе (ответственного дежурного врача в ночное время и выходные дни).

14. При необходимости реабилитационного и восстановительного лечения медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях).

15. Несовершеннолетние, достигшие возраста 15 лет передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога детского и подросткового возраста (специализированный прием) женской консультации.

Девушки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза.

Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и определяют группу диспансерного наблюдения.

16. Правила организации деятельности кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 38, № 39, № 40 к приказу № 1130н.

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

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

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

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

Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», оформленном в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».

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

2.1. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями и с учетом стандартов медицинской помощи.

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

3. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) КГБУЗ «Ермаковская РБ».

4. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, направляет беременную женщину в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (поликлиники) для консультирования психологом, специалистом по социальной работе.

Деятельность кабинета медико-социальной помощи женской консультации регламентирована приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389.

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

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

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

5.1. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

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

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

6. Перед направлением на искусственное прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель рекомендуется микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, определение группы крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза.

6.1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности женщины с соматическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией обследование проводится в соответствии с пунктом 14 настоящего приложения.

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

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

При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности рекомендуется вакуумная аспирация.

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

9. Прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты) хирургическим методом (вакуумная аспирация) проводится в условиях дневных стационаров медицинских организаций. Продолжительность наблюдения женщины, в условиях дневного стационара после проведенного без осложнений

прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины, но не менее 4 часов.

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

Искусственное прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель производится в условиях стационара.

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

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

12. Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальному показанию решается комиссией в составе: Главный врач (заместитель главного врача по медицинской части), врача-акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии).

Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача-акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социального показания для искусственного прерывания беременности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 06.02.2012 №98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

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

13. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736, в медицинских организациях формируется комиссия в составе: врача-акушера-гинеколога, врача по профилю заболевания (состояния) беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности, и руководителя медицинской организации (далее - комиссия).

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

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

14. Перед направлением на искусственное прерывание беременности во II триместре проводится обследование в соответствии с перечнем.

№	Перечень обследования	Срок годности
1.	группа крови, Rh -фактор	бессрочно
2.	анализы крови: на ВИЧ, антитела к Treponema pallidum, HBsAg, антитела к гепатиту С;	не более 30 дней
3. 4. 5. 6. 7.	развернутый анализ крови; биохимический анализ крови (общий билирубин, белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза); коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, АЧТВ); общий анализ мочи; микроскопическое исследование отделяемого половых органов на микрофлору	не более 10 дней
8.	ЭКГ	не более 14 дней
9.	заключение терапевта (с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	
10. 11.	УЗИ органов малого таза; заключение специалистов по профилю заболевания (при наличии соматического заболевания с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	не более 30 дней

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

16. При прерывании беременности во втором триместре рекомендуется проводить ультразвуковой контроль.

17. При наличии признаков неполного аборта и (или) обнаружении остатков плодного яйца проводится вакуумная аспирация или кюретаж.

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

18. При медикаментозном аборте высоком риске возникновения воспалительных заболеваний проводится антибиотикопрофилактика.

19. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины на медицинское вмешательство.

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

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

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

23. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны матери (соматическом заболевании) при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологических отделений специализированных краевых учреждений здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния: в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

24. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) женщины при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии направляются:

в гинекологическое отделение КГБУЗ «Ермаковская РБ» по месту жительства.

На сроке гестации до 22 недель беременности (второй триместр) при наличии тяжелой акушерской (отягощенный акушерский анамнез, более пяти беременностей, токсикоз с нарушением водно-электролитного баланса, преэклампсия, предлежание плаценты, низкая плацентация, метаболические нарушения, многоплодная беременность с фетофетальным синдромом) и гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов) беременные женщины направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания):

жители Ермаковского района в гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница».

25. Несовершеннолетние для прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) и при состоянии физиологической незрелости (до достижения возраста 15 лет) на сроке гестации до 22 недель беременности (второй триместр) направляются на территории:

Ермаковского района - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

26. Прерывание беременности на сроке гестации 22 недели и более при наличии пороков развития плода, несовместимых с жизнью, проводится в соответствии с протоколом лечения «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода» от 04.12.2018 №15-4/10/2-7839 и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 22.07.2019 № 883-орг.

27. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям со стороны матери (при тяжелой соматической патологии) с 22 недель беременности проводится в специализированных краевых государственных учреждениях здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния: краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения

«Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится в указанных учреждениях здравоохранения совместно с выездной бригадой реанимационно-консультативного акушерского и неонатального центра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

**Оказание медицинской помощи женщинам в период
беременности, родов и новорожденным детям на территории
Ермаковского района в государственном
бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия
«Республиканский клинический перинатальный центр» согласно
критериям этапности оказания медицинской помощи**

1. Настоящим приложением регулируются вопросы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов и новорожденным детям на территории Ермаковского района Красноярского края (далее-определенных районов Красноярского края) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр».

2. Критериями этапности медицинской помощи для направления беременных женщин на территории Ермаковского района в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи) являются: преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 33 недель включительно, при отсутствии противопоказаний для транспортировки; рубец на матке после 2-х и более операций кесарева сечения при сроке беременности 38-39 недель; задержка внутриутробного развития плода П-III ст.

3. Взаимодействие КГБУЗ «Ермаковская РБ» и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» (далее - ГБУЗ РХ «РКПЦ») осуществляется в следующем порядке:

3.1. врач женской консультации по месту диспансерного наблюдения женщины в период беременности совместно с районным акушером-гинекологом определяет медицинские показания для направления беременной женщины из Ермаковского района на лечение и родоразрешение в ГБУЗ РХ «РКПЦ» и выписывает направление на плановую госпитализацию;

3.2. плановая госпитализация беременной женщины согласовывается с заместителем главного врача по акушерско- гинекологической помощи ГБУЗ РХ «РКПЦ» по телефону (8-3902-271-800).

3.2.1. Для согласования плановой госпитализации в ГБУЗ РХ «РКПЦ» врач акушер-гинеколог КГБУЗ «Ермаковская РБ» направляет медицинские документы (выписку из медицинской карты (форма № 027/у) беременной женщины с указанием сведений о течении беременности, наличии акушерской и/или экстрагенитальной патологии, результатах дополнительных методов обследования и заключениях специалистов, консилиумов, проведенном лечении, заверенную подписью лечащего врача и заместителя главного врача, в ГБУЗ РХ «РКПЦ» по защищенному каналу связи ViPNet.

3.2.2. После рассмотрения медицинских документов специалистами ГБУЗ РХ «РКПЦ» согласование оформляется письмом на официальном бланке за подписью главного врача (заместителя главного врача), заверяется печатью и направляется в краевое государственное учреждение здравоохранения на

следующий рабочий день по электронной почте (защищенному каналу связи ViPNet).

3.3. Транспортировка женщины в период беременности при наличии показаний для госпитализации осуществляется санитарным транспортом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

3.4. Госпитализация беременной женщины в ГБУЗ РХ «РКПЦ» осуществляется при наличии медицинских документов: направления на госпитализацию (форма № 057/у-04), (с указанием подробного диагноза), заверенного подписью лечащего врача и заместителя главного врача по лечебной работе; обменной карты беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20); родового сертификата (при наличии); страхового медицинского полиса по обязательному медицинскому страхованию; документа, удостоверяющего личность; заключения специалистов по профилю сопутствующей патологии (при наличии); заключения пренатального консилиума (иного консилиума); письма о согласовании госпитализации в ГБУЗ РХ «РКПЦ», заверенного подписью руководителя.

3.5. Госпитализация беременной женщины в экстренном порядке в ГБУЗ РХ «РКПЦ» осуществляется при наличии показаний при обращении лечащего (дежурного врача) краевого государственного учреждения здравоохранения на территории определенных районов Красноярского края в отделение анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗ РХ «РКПЦ» по круглосуточному телефону (3902) 27-18-96 к дежурному врачу (анестезиологу-реаниматологу и/или акушеру-гинекологу), которые принимают решение о тактике ведения, учреждении здравоохранения для родоразрешения, необходимости медицинской эвакуации.

3.6. При наличии медицинских показаний осуществляется выездная консультация бригадой ГБУЗ РХ «РКПЦ» в целях решения вопроса о медицинской эвакуации с учетом маршрутизации больных.

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
КГБУЗ «Ермаковская РБ»
_____ А.М. Петровский

**Листы маршрутизации беременных, рожениц, родильниц (0-42 суток),
женщин после прерывания беременности (0-42 суток) и гинекологических
больных на территории Ермаковского района**

Амбулаторная помощь при диспансерном наблюдении женщин в период беременности, включая дистанционное динамическое наблюдение в ГИСЗ «Перинатальный мониторинг»

КГБУЗ, где оказывается консультативная помощь, дистанционное динамическое наблюдение за	КГБУЗ, где проводится дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных	КГБУЗ, где проводится диспансерное наблюдение женщин в период беременности, проживающих на территории соответствующего муниципального образования)
КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», консультативная поликлиника	КГБУЗ «Минусинская МБ»	КГБУЗ «Ермаковская РБ»