

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

ПРИКАЗ

« 23 » 06 2026г.

№ 4670/г

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ
ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ.**

В целях совершенствования медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде, а также медицинской помощи женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, руководствуясь приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 года №747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период, согласно приложению 1;

1.2. Порядок оказания медицинской помощи беременным при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития, согласно приложению 2;

1.3. Порядок оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с ВИЧ-инфекцией, согласно приложению 3;

1.4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, согласно приложению 4;

1.5. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, согласно приложению 5;

1.6. Порядок оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности, согласно приложению 6;

1.7. Правила организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра, согласно приложению 7;

1.8. Распределение медицинских организаций по уровням, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях, согласно приложению 8;

1.9. Распределение акушерских стационаров по уровням оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период в стационарных условиях, согласно приложению 9;

1.10. Распределение медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую

помощь женщинам и несовершеннолетним, с гинекологическими заболеваниями по уровням оказания медицинской помощи, согласно приложению 10;

1.11. Положение об организационно-методическом кураторстве медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», согласно приложению 11;

1.12. Положение о кураторе медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», согласно приложению 12;

1.13. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», подлежащих организационно-методическому кураторству, согласно приложению 13;

1.14. Взаимодействие медицинских организаций при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией, согласно приложению 14;

1.15. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, согласно приложению 15;

1.16. Маршрутизацию женщин в период беременности и послеродовой период с экстрагенитальной патологией, нуждающихся в лечении в специализированном отделении МО 3-го уровня, согласно приложению 16;

1.17. Маршрутизацию пациенток с критическими акушерскими состояниями (КАС), согласно приложению 17;

1.18. Правила взаимодействия медицинских организаций по ведению мониторинга критических акушерских состояний, согласно приложению 18;

1.19. Маршрутизацию пациенток с критическими акушерскими состояниями в Республике Северная Осетия-Алания, согласно приложению 19;

1.20. Порядок взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи при критических акушерских состояниях (КАС), согласно приложению 20;

1.21. Алгоритм мониторинга критических акушерских состояний в РСО-А, согласно приложению 21;

1.22. Извещение о критическом акушерском состоянии (КАС)/случае материнской смерти, согласно приложению 22;

1.23. Карту транспортировки пациентки с акушерскими осложнениями, согласно приложению 23;

1.24. Перечень угрожающих жизни заболеваний или клинических ситуаций, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода, согласно приложению 24;

1.25. Перечень заболеваний, синдромов и симптомов, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, согласно приложению 25;

1.26. Перечень критических акушерских состояний для обязательной

телемедицинской консультации, согласно приложению 26;

1.27. Оказание медицинской помощи при угрожающих или начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I и II группы (уровня), согласно приложению 27;

1.28. Региональный регистр преждевременных родов, согласно приложению 28;

1.29. Карту наблюдения при эвакуации беременных с преждевременными родами, согласно приложению 29;

1.30. Порядок направления пациенток на консультацию и госпитализацию в Федеральные медицинские организации, согласно приложению 30.

1.31. Порядок организации пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, согласно приложению 31;

1.32. Алгоритм организации и проведения пренатальной (дородовой) диагностики на территории Республики Северная Осетия-Алания, согласно приложению 32;

1.33. Маршрутизацию беременных на скрининговые/внескрининговые исследования, согласно приложению 33;

1.34. Форму журнала по исходам беременности, согласно приложению 34;

1.35. Годовую форму отчета о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка, согласно приложению 35;

1.36. Форму талона-направления на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ, согласно приложению 36;

1.37. Форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 11 - 14 недель беременности, согласно приложению 37;

1.38. Форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности, согласно приложению 38;

1.39. Нагрузку врача пренатальной ультразвуковой диагностики, согласно приложению 39;

1.40. Показания к проведению повторного скринингового ультразвукового исследования и комплексного расчета индивидуального риска в целях подтверждения группы высокого риска, согласно приложению 40;

1.41. Показания к медико-генетическому консультированию, согласно приложению 41;

1.42. Положение о перинатальном консилиуме, согласно приложению 42;

1.43. Показания к проведению неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС), согласно приложению 43;

1.44. Маршрутизация пациентов и порядок направления на

неинвазивное пренатальное тестирование, согласно приложению 44;

1.45. Информированное согласие на осуществление обработки персональных данных, согласно приложению 45;

1.46. Информированное добровольное согласие на проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), согласно приложению 46;

1.47. Форму отказа от проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), согласно приложению 47;

1.48. Форму заявку на проведении неинвазивного пренатального тестирования, согласно приложению 48;

1.49. Информацию для пациенток группы высокого риска по хромосомной аномалии, имеющих противопоказания к инвазивной пренатальной диагностике, согласно приложению 49;

1.50. Памятку для акушеров-гинекологов для консультирования пациентов перед проведением неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), согласно приложению 50;

1.51. Информацию для пациенток группы высокого риска по хромосомной аномалии, настроенных на проведение неинвазивного пренатального скрининга, согласно приложению 51;

1.52. Памятку для акушеров-гинекологов для консультирования пациентов перед проведением неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), согласно приложению 52;

1.53. Информацию для пациенток группы среднего риска по хромосомной аномалии, согласно приложению 53.

2. Главным врачам медицинских учреждений здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, оказывающим медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»:

2.1. Обеспечить соблюдение данного Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи и показаниями, согласно приложениям 1-53;

2.2. Обеспечить направление, транспортировку и госпитализацию беременных высокой степени риска в соответствии с маршрутизацией беременных, согласно приложениям;

2.3. Обеспечить соблюдение Федеральных клинических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций на сайте Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.4. Обеспечить работу кабинетов врачей ультразвуковой диагностики в медицинских организациях второй группы/уровня (женские консультации на базе ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания, ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания) - 2 должности в 2 смены на 2 500 ультразвуковых скрининговых исследований на одного врача в год. Руководителям вверенных

медицинских организаций взять под свой контроль количество исследований каждого врача.

2.5. Обеспечить работу кабинетов врачей ультразвуковой диагностики в медицинских организациях третьей группы (уровня) - (ГБУЗ «Республиканский Центр охраны здоровья семьи и репродукции» МЗ РСО-Алания) - 2 должности в 2 смены на 1500 ультразвуковых скрининговых исследований на одного врача в год.

2.6. Руководителю ГБУЗ «Республиканский Центр охраны здоровья семьи и репродукции» МЗ РСО-Алания взять под свой контроль количество исследований каждого врача.

3. Главному врачу ГБУЗ «Республиканская клиническая больница»:

3.1. Обеспечить консультативную и организационно-методическую помощь медицинским организациям, осуществляющим медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

3.2. Обеспечить работу акушерского дистанционного консультативного центра в соответствии с приложением 7;

4. Директору ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф» МЗ РСО-Алания обеспечить оказание неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой.

5. Директору ГБУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» МЗ РСО-Алания обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства здравоохранения РСО-Алания <https://minzdrav.alania.gov.ru/>.

6. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения РСО-Алания от 30.12.2020 года № 1033о/д «Об организации медицинской помощи и маршрутизации беременных, рожениц и родильниц в Республике Северная Осетия-Алания», приказ Министерства здравоохранения РСО-Алания от 25.03.2021г. №250 о/д «О совершенствовании организации пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка».

7. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на Первого заместителя министра здравоохранения РСО-А, а также руководителей учреждений здравоохранения всех форм собственности РСО-Алания, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр
Администрация Главы РСО-Алания и
Правительства РСО-Алания

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

«26» июня 2026г.

№ 0208-26-1

А.К. Митчиев

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в РСО-А

I. Общие положения.

1. Медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология» (далее - медицинская помощь) оказывается беременным, роженицам, родильницам, женщинам с гинекологическими заболеваниями, несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями.

2. Медицинская помощь оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по профилю «акушерское дело» и (или) «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и (или) «акушерство и гинекология (искусственному прерыванию беременности)».

3. Медицинская помощь оказывается в виде:
первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
первичной врачебной медико-санитарной помощи;
первичной специализированной медико-санитарной помощи;
специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;
медицинской помощи при санаторно-курортном лечении.

4. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:
вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

5. Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);

неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента);

плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

6. Медицинская помощь организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

7. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025г. №202н, и Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 мая 2025 г. №313н.

8. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

9. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики.

10. При оказании первичной врачебной медицинско-санитарной помощи в случае возникновения осложнений течения беременности или послеродового периода обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога и (или) врача-специалиста по профилю заболевания, в том числе с применением дистанционного консультирования и телемедицинских технологий в соответствии с Порядками организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н.

11. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами. Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается врачами акушерами-гинекологами, прошедшими повышение квалификации по специальности «акушерство и гинекология» по вопросам формирования репродуктивной системы и течения заболеваний (состояний) женских половых органов и молочных желез у детей.

12. Первичная медико-санитарная помощь, включая проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе диспансеризации населения репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, в том числе жителям населенных пунктов с

преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста, либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, оказывается акушером (акушеркой), фельдшером, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-акушером-гинекологом мобильной медицинской бригады.

13. Медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях, делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре кабинет врача-акушера-гинеколога и (или) кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних;

вторая группа (уровень) - женские консультации и медицинские организации, имеющие в своей структуре женскую консультацию;

третья группа (уровень) - центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков и медицинские организации, имеющие в своей структуре консультативно-диагностическое отделение (центр), центр охраны здоровья семьи и репродукции, центр (отделение) охраны репродуктивного здоровья подростков.

14. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с Положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 185н, и порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 186н.

15. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовый период (далее - организации родовспоможения (акушерские стационары)), делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре urgentные родильные залы или родильные дома (родильные отделения), в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, и (или) врача-неонатолога, и (или) врача-анестезиолога-реаниматолога, расположенные на значительном удалении от организаций родовспоможения (акушерских стационаров) второй, третьей А или третьей Б группы (уровня) и (или) в населенных пунктах, имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий;

вторая группа (уровень) - родильные дома и медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь,

имеющие в своей структуре родильные дома (родильные отделения), в которых предусмотрены палаты реанимации и интенсивной терапии, и (или) отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделение анестезиологии-реанимации, и (или) отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделение анестезиологии-реанимации родильного дома (родильного отделения) и пост интенсивного наблюдения и интенсивной терапии отделения новорожденных физиологического или отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией;

третья А группа (уровень) - перинатальные центры и медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре перинатальные центры, в которых предусмотрен акушерский дистанционный консультативный центр (далее - АДКЦ), осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь и организаций родовспоможения (акушерских стационаров), находящихся на территории РСО-Алания;

третья Б группа (уровень) - подведомственные федеральным органам исполнительной власти перинатальные центры и медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, а также медицинскую помощь в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее - клиническая апробация), имеющие в своей структуре перинатальные центры, в которых может быть предусмотрен АДКЦ, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии, осуществляющие организационно-методическое сопровождение их внедрения.

16. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним, с гинекологическими заболеваниями, делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение или гинекологическое отделение для несовершеннолетних либо располагающие гинекологическими койками или гинекологическими койками для детей, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;

вторая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и палаты реанимации и интенсивной терапии, или отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, или отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое

отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации;

третья А группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации;

третья Б группа (уровень) - подведомственные федеральным органам исполнительной власти медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, а также медицинскую помощь в рамках клинической апробации, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение, отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения и (или) гинекологическое отделение для несовершеннолетних, отделение анестезиологии-реанимации, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения гинекологических заболеваний, осуществляющие организационно-методическое сопровождение их внедрения.

17. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н.

18. В труднодоступных районах Республики Северная Осетия-Алания в целях обеспечения своевременного оказания медицинской помощи вне медицинской организации скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается общепрофильной выездной бригадой скорой медицинской помощи.

Медицинская эвакуация беременных, рожениц, родильниц, женщин и несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями из медицинских организаций, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, осуществляется специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи.

19. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями №1-53 к настоящему Порядку.

20. Организация оказания медицинской помощи на территории Республики Северная Осетия-Алания осуществляется Министерством здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания.

21. Медицинские организации осуществляют информационное взаимодействие при оказании медицинской помощи в соответствии со статьей 91 Федерального закона № 323-ФЗ.

II. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности.

22. При первом обращении беременной проводится сбор анамнеза и жалоб, осмотр, назначаются диагностические исследования.

23. Врач-акушер-гинеколог медицинской организации, обеспечивающий наблюдение за течением беременности при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (далее - лечащий врач), осуществляет постановку беременной на учет и в день обращения или не позднее 14 дней после первого обращения беременной при сроке беременности от четвертой до седьмой недели и не позднее 7 дней при сроке беременности более седьмой недели и оформляет индивидуальную медицинскую карту беременной и родильницы, форма которой предусмотрена приложением № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее соответственно - приказ № 1130н, учетная форма № 111/у-20), и обменную карту беременной, роженицы и родильницы, форма которой предусмотрена приложением № 3 к приказу № 1130н (далее - учетная форма № 113/у-20).

24. За весь период наблюдения за течением беременности во время нормальной беременности приемы (осмотры, консультации) беременных проводятся следующими медицинскими работниками:

врачом-акушером-гинекологом - не менее пяти раз;

врачом-терапевтом (врачом-педиатром у несовершеннолетних) - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

врачом-стоматологом - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

медицинским психологом (психологом) - не менее двух раз;

другими врачами-специалистами - по медицинским показаниям после выявления сопутствующих заболеваний (состояний) - не позднее 14 рабочих дней после выявления сопутствующих заболеваний (состояний).

25. При сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней, 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней и 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней проводится оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг).

26. Для проведения оценки антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней и 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней беременная направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь второй или третьей группы (уровня).

27. Оценка антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней и 18 недель - 20 недель 6 дней проводится врачами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по специальности «ультразвуковая диагностика» по вопросам ультразвуковой диагностики развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг).

28. Для проведения оценки антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней (далее - пренатальный скрининг III триместра) беременная направляется в медицинскую организацию, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую в том числе работу (услугу) по ультразвуковой диагностике.

29. В случае отсутствия у медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, лицензии на осуществление медицинской деятельности, включающей работу (услугу) по ультразвуковой диагностике, для проведения пренатального скрининга III триместра беременная направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода.

30. Оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг) на сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней (далее - пренатальный скрининг I триместра) проводится с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, пороков развития плода, признаков генетических нарушений, оценки риска хромосомных аномалий, преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода и включает в себя:

измерение роста, массы тела, артериального давления беременной;

уточнение семейного анамнеза;

ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности одиннадцатая - четырнадцатая недели по оценке антенатального развития плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности) (скрининг I) (далее - скрининговое УЗИ I триместра);

исследование связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) в сыворотке крови и уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (св. -ХГЧ) (далее - сывороточные маркеры);

расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями, задержки роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии (далее - расчет индивидуального риска, если не указано иное) на основе данных осмотра, анамнеза, скринингового УЗИ I триместра и сывороточных маркеров.

31. Результаты скринингового УЗИ I триместра отражаются в протоколе скринингового ультразвукового исследования женщин в 11-14 недель

беременности, форма которого предусмотрена приложением № 7 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом № 1130н, и выдаются беременной.

32. Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий по программе Astraia, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, форма которого предусмотрена приложением № 8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом № 1130н (далее - талон-направление № 1), доставляются в лабораторию пренатального скрининга медико-генетической консультации (центра) или клинко-диагностическую лабораторию перинатального центра, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и клинической лабораторной диагностике, в которой проводится исследование уровня сывороточных маркеров.

33. Расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями осуществляется на основании результатов исследования уровня сывороточных маркеров и информации талона-направления № 1, по итогам которого беременные разделяются на группы риска:

группа высокого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше (далее - группа высокого (1:100 и выше) риска);

группа среднего риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:101 - 1:1000 (далее - группа среднего (1:101 - 1:1000) риска);

группа низкого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:1001 и ниже (далее - группа низкого (1:1001 и ниже) риска).

Заключение по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляется лечащему врачу в медицинскую организацию, в которой проводится наблюдение за течением беременности, в том числе для последующего внесения в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20, а также в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ I триместра.

34. Беременным из групп среднего (1:101 - 1:1000) и высокого (1:100 и выше) риска (за исключением случаев выявления признаков порока развития плода по результатам скринингового УЗИ I триместра) показано выполнение неинвазивного пренатального теста (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) - неинвазивного пренатального ДНК-скрининга (далее - неинвазивный пренатальный тест).

Неинвазивный пренатальный тест может быть проведен в том числе при многоплодной беременности (не более двух плодов).

Беременные из группы высокого (1:100 и выше) риска направляются в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода медицинской организации,

оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, третьей группы (уровня) или медико-генетическую консультацию (центр), имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностике и клинической лабораторной диагностике, для проведения повторного скринингового УЗИ I триместра и комплексного расчета индивидуального риска в целях подтверждения группы высокого (1:100 и выше) риска.

35. Беременные с высоким риском задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии в течение 7 дней со дня получения лечащим врачом медицинской организации, в которой проводится наблюдение за течением беременности, заключения по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляются на консультацию акушерский дистанционный консультативный центр МО 3-го уровня.

Дальнейшее наблюдение за течением беременности и маршрутизация беременной осуществляется под контролем специалистов АДКЦ.

36. Инвазивная пренатальная диагностика показана беременным: при повышенном риске моногенной и (или) хромосомной аномалий у плода (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатального скрининга I триместра;

с выявленными признаками пороков развития плода по результатам скринингового УЗИ I триместра;

с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам повторного скринингового УЗИ I триместра;

с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам неинвазивного пренатального теста.

37. Инвазивная пренатальная диагностика проводится следующими методами:

биопсия хориона, плаценты;

амниоцентез;

кордоцентез.

38. Медицинские показания к проведению инвазивной пренатальной диагностики и метод ее проведения определяют совместно врач-генетик и врач-акушер-гинеколог консультативно-диагностического отделения (центра) перинатального центра, или медико-генетической консультации (центра), или АДКЦ.

При проведении инвазивной пренатальной диагностики при высоком риске - рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам неинвазивного пренатального теста предпочтение отдается амниоцентезу.

39. Взятие биологического материала при инвазивной пренатальной диагностике осуществляется в кабинете (отделении) антенатальной охраны плода перинатального центра или медико-генетической консультации (центре) врачом-акушером-гинекологом.

40. Образцы биологического материала с направлением в молекулярно-генетическую лабораторию и выпиской из медицинской документации беременной доставляются в перинатальный центр или медико-генетическую консультацию (центр), имеющий лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностике и клинической лабораторной диагностике, для проведения лабораторного генетического исследования и дачи заключения врача-генетика.

41. Результаты лабораторного генетического исследования биологического материала, полученного при инвазивной пренатальной диагностике, и заключение врача-генетика направляются лечащему врачу в медицинскую организацию, в которой проводится наблюдение за течением беременности, в том числе для последующего внесения в учетную форму №111/у-20 и в учетную форму №113/у-20, а также в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ I триместра.

42. При наличии у беременной тяжелого соматического заболевания, установленного по результатам осмотров врачей-специалистов, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (далее - перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности), и (или) при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга I триместра, и (или) при возникновении осложнений беременности, угрожающих жизни и здоровью матери и (или) плода, и иных заболеваний (состояний) лечащий врач направляет беременную на консилиум врачей (далее - перинатальный консилиум), который проводится с целью определения дальнейшей тактики и медицинской организации для наблюдения за течением беременности, объема обследования, сроков лечения и родоразрешения.

43. В случае принятия беременной с сердечно-сосудистым заболеванием, требующим применения кардиохирургических методов лечения, решения о сохранении беременности, дальнейшая тактика наблюдения за течением беременности и заболеванием сердечно-сосудистой системы, родоразрешении, направлении в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, об оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме (при наличии тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушении сердечного ритма, требующем радиочастотной аблации) принимается перинатальным консилиумом с учетом результатов проведения консультации, в том числе с применением телемедицинских технологий, со специалистами медицинских организаций,

подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в том числе национальных медицинских исследовательских центров (далее - НМИЦ) по акушерству и гинекологии и (или) сердечно-сосудистой хирургии и (или) медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

44. Наблюдение за течением беременности осуществляется с привлечением врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога, в том числе с привлечением главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, и проведением консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий, беременной специалистами АДКЦ и специалистами медицинской организации, в структуре которой создан перинатальный центр, являющийся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

45. Перинатальный консилиум созывается в перинатальном центре по инициативе лечащего врача, который определяет медицинские показания, являющиеся причиной проведения перинатального консилиума.

46. Персональный состав перинатального консилиума и даты его проведения определяются руководителем перинатального центра, в котором он созывается, с учетом поданных заявок лечащих врачей и медицинских показаний, являющихся причиной проведения перинатального консилиума.

47. В состав перинатального консилиума включаются участвующие в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 11 апреля 2025 г. №193н заместитель главного врача перинатального центра (далее - руководитель перинатального консилиума), врач-акушер-гинеколог и врачи-специалисты по профилю основного заболевания беременной при наличии выявленного тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, или по профилю заболевания (состояния) плода, и (или) врач-неонатолог, и (или) врач-генетик, и (или) врач ультразвуковой диагностики кабинета (отделения) антенатальной охраны плода при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода.

48. К работе перинатального консилиума может привлекаться медицинский психолог (психолог).

49. В состав перинатального консилиума могут включаться врачи-специалисты иных медицинских организаций, включая специалистов НМИЦ, участвующие в перинатальном консилиуме в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком №193н.

50. Решение перинатального консилиума оформляется протоколом в виде документа на бумажном носителе, заполненного разборчиво от руки или в печатном виде и подписанного участниками перинатального консилиума, либо в форме электронного документа.

51. Решение перинатального консилиума передается лечащему врачу и вносится в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20.

52. Руководитель перинатального консилиума представляет беременной информацию о результатах ее обследования, сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, обусловленные заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, о возможных методах лечения, ближайших и отдаленных исходах выявленного заболевания (состояния).

При наличии у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода перинатальный консилиум представляет информацию беременной и членам ее семьи о результатах пренатального скрининга I триместра, лабораторного генетического исследования, заключении врача-генетика (при наличии), прогнозе для здоровья и жизни будущего ребенка, обусловленный заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию) и их последствиях. Информация предоставляется с учетом состояния беременной, при необходимости приглашается специалист по социальной работе для информирования о мерах социальной поддержки и ранней помощи, юрисконсульт для консультирования по правовым вопросам и иные специалисты.

53. Лечащим врачом с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 26 настоящего Порядка, и решения перинатального консилиума (при наличии) до 11 недель 6 дней беременности делается заключение об отсутствии (наличии) факторов риска, обусловленных заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, рекомендуется медицинская организация для дальнейшего наблюдения за течением беременности.

54. Оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг) на сроках беременности 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней (далее - пренатальный скрининг II триместра) проводится с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений, оценки риска хромосомных аномалий, пороков развития плода,

преждевременных родов и задержки роста плода и включает в себя:

ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности девятнадцатая - двадцать первая недели по оценке антенатального развития плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности) (скрининг II) (далее - скрининговое УЗИ II триместра);

ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия).

Беременные с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше, выявленным при проведении пренатального скрининга I триместра или по результатам неинвазивного пренатального теста, а также не прошедшие пренатальный скрининг I триместра направляются на пренатальный скрининг II триместра в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода перинатального центра или медико-генетической консультации (центра), имеющий лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностики.

55. Результаты скринингового УЗИ II триместра отражаются в протоколе скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности, форма которого предусмотрена приложением № 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом № 1130н, и выдаются беременной.

56. В случае выявления (подтверждения) рождения ребенка из группы высокого (1:100 и выше) риска, признаками генетических нарушений или порока развития плода беременной рекомендуется проведение инвазивной пренатальной диагностики.

57. Результаты лабораторного генетического исследования биологического материала, полученного при инвазивной пренатальной диагностике, и заключение врача-генетика направляются лечащему врачу и в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ II триместра.

58. Лечащим врачом с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 26 настоящего Порядка, и решения перинатального консилиума (при наличии), до 20 недель 6 дней беременности делается окончательное заключение об отсутствии (наличии) факторов риска, обусловленных заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, рекомендуется медицинская организация для дальнейшего наблюдения за течением беременности.

59. При монохориальной многоплодной беременности со сроком беременности 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плодов проводится каждые 2 недели в кабинетах (отделениях) антенатальной охраны плода медицинской организации, оказывающей первичную

специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, второй или третьей группы (уровня).

При дихориальной двойне и трихориальной тройне со срока беременности 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плодов проводится каждые 4 недели в кабинетах (отделениях) антенатальной охраны плода медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, второй или третьей группы (уровня).

60. При выявлении аномалий расположения, прикрепления плаценты, подозрении на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования беременной проводится консультация врачом-акушером-гинекологом АДКЦ и (или) консультативно-диагностического отделения (центра) перинатального центра.

61. При выявлении на любом сроке беременности у плода признаков изосенсибилизации беременная для осуществления внутриутробного переливания крови плоду направляется в федеральную медицинскую организацию 3Б уровня после проведения телемедицинской консультации и согласования сроков госпитализации.

62. Пренатальный скрининг III триместра проводится с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода, неправильного положения плода и включает в себя:

ультразвуковое исследование плода (плодов) в III триместре беременности (многоплодной беременности);

ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока.

63. Результаты ультразвукового исследования плода (плодов) в III триместре беременности (многоплодной беременности) отражаются в протоколе скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности, форма которого предусмотрена приложением № 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом № 1130н, вносится лечащим врачом в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20 и выдаются беременной.

64. По итогам пренатального скрининга III триместра с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 26 настоящего Порядка, и решения перинатального консилиума (при наличии) лечащим врачом при сроке беременности 36-37 недель устанавливается полный клинический диагноз и определяется медицинская организация для планового родоразрешения.

Лечащий врач информирует беременную о медицинской организации, в которой рекомендуется родоразрешение в соответствии с ее клиническим диагнозом, о возможности выбора медицинской организации в соответствии с частью 4 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ и сроке дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в учетной форме № 111/у-20 и учетной форме № 113/у-20.

65. В дневные стационары женской консультации, организации

родовспоможения (акушерского стационара) направляются беременные при сроке беременности до 22 недель и в послеродовой период, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, но не требующие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также для проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации и проведения глюкозо-толерантного теста на любом сроке беременности.

66. При наличии акушерских осложнений, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная направляется в родильный дом (родильное отделение) или перинатальный центр.

67. При соматических заболеваниях, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная направляется в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю соматического заболевания вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и лечения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

При отсутствии в указанной медицинской организации врача-акушера-гинеколога обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога иной медицинской организации или АДКЦ, в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком №193н.

68. При сочетании осложнений беременности и осложнений соматического заболевания беременная направляется в структурное подразделение медицинской организации, оказывающее медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

69. В консультативно-диагностическом отделении (центре) или АДКЦ перинатального центра в течение 14 рабочих дней со дня выявления заболевания или патологического состояния должны быть проконсультированы беременные возраста 17 и менее лет, а также беременные при наличии:

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

тромбозов, тромбоэмболий и тромбозов в анамнезе и при настоящей беременности;

заболеваний органов дыхания, сопровождающихся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

диффузных заболеваний соединительной ткани, антифосфолипидного синдрома;

заболеваний почек, сопровождающихся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалиями развития мочевыводящих путей,

беременность после нефрэктомии;

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

эндокринных заболеваний (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);

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

заболеваний крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней или тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания);

заболеваний нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания);

миастении;

злокачественных новообразований в анамнезе либо выявленных при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистых мальформаций, аневризм сосудов;

перенесенных в анамнезе черепно-мозговых травм, травм позвоночника с неврологическими расстройствами таза;

трофобластической болезни в анамнезе;

опухолей репродуктивных органов больших размеров и распространенных форм эндометриоза;

варикозной болезни 3 степени;

жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;

психических заболеваний;

бесплодия любого генеза в анамнезе;

порока развития плода или хромосомных аномалий у плода;

состояний и (или) заболеваний плода (плодов), требующих выполнения внутриутробных медицинских вмешательств;

многоплодной беременности;

задержки роста плода;

изоиммунизации при беременности;

водянки плода.

70. В срок более 22 недель беременности в консультативно-диагностическом отделении (центре) или АДКЦ перинатального центра должны быть проконсультированы беременные при наличии:

беременности после экстракорпорального оплодотворения;

беременности с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для оценки возможности проведения родов через естественные родовые пути;

предлежания плаценты;

плаценты, расположенной по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или плаценты, расположенной в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);

подозрения на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;

поперечного или косого положения плода;

много- и маловодия;

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

71. Беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, обследуются в амбулаторных или стационарных условиях (по медицинским показаниям) в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии.

В случае отсутствия возможности проведения обследования в указанных в абзаце первом настоящего пункта медицинских организациях, АДКЦ организует проведение консультаций с применением телемедицинских технологий медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

72. При сроке беременности 27 недель - 31 неделя 6 дней перинатальный консилиум, в состав которого дополнительно включаются врач-сердечно-сосудистый хирург и врач-кардиолог, представляет беременной информацию о дальнейшей тактике наблюдения за течением беременности, наличии (отсутствии) медицинских показаний к досрочному родоразрешению.

При сроке беременности 32 недели - 36 недель 6 дней перинатальным консилиумом, в состав которого дополнительно включаются врач-сердечно-сосудистый хирург, врач-кардиолог и врач-анестезиолог-реаниматолог, беременной предоставляется информация о рекомендуемых сроке, способе и медицинской организации для родоразрешения с учетом функционального

класса сердечной недостаточности и динамической ее оценкой, а также течения беременности и особенностей состояния фетоплацентарного комплекса.

73. Беременная с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования, нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающаяся в оказании медицинской помощи в экстренной форме с применением кардиохирургических методов лечения, направляется для проведения соответствующего лечения в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

В случае отсутствия возможности направления беременной в указанную в абзаце первом настоящего пункта медицинскую организацию, АДКЦ организует проведение консультаций с применением телемедицинских технологий, медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющийся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

74. При отсутствии в субъекте Российской Федерации медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология» и «акушерство и гинекология», оказание медицинской помощи беременным с высоким риском развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией, нуждающимся в медицинской помощи в экстренной форме с применением кардиохирургических методов лечения, осуществляется в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по сердечно-сосудистой хирургии при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, с привлечением, при необходимости родоразрешения, специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи.

75. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, направляются в медицинскую организацию, подведомственную федеральным органам исполнительной власти, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по

сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

Медицинские показания и дата госпитализации определяются консилиумом врачей (в том числе с применением телемедицинских технологий), в состав которого включаются врач-сердечно-сосудистый хирург и (или) врач-кардиолог и врач-акушер-гинеколог медицинской организации, в которую направляется беременная.

76. Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций и кабинетов врача-акушера-гинеколога направляют беременных на родоразрешение в организацию родовспоможения (акушерский стационар).

77. Беременные, проживающие в населенных пунктах, на значительном удалении от родильных домов (родильных отделений) или перинатальных центров и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, направляются на родовую госпитализацию в организации родовспоможения (акушерские стационары), в том числе в отделения акушерского ухода для беременных, для наблюдения, направленного на предупреждение осложнений беременности, продолжения назначенного в амбулаторных условиях лечения и родоразрешения.

III. Оказание медицинской помощи в период родов и в послеродовый период.

78. Беременные (роженицы) направляются на родоразрешение в организацию родовспоможения (акушерский стационар) с учетом медицинских показаний для госпитализации, установленных лечащим врачом, и (или) перинатальным консилиумом, и (или) консилиумом врачей.

79. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в ургентные родильные залы являются:

активная фаза первого периода родов или роды вне организации родовспоможения (акушерского стационара);

состояние беременной (роженицы) и (или) плода, требующее оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.

80. *Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организации родовспоможения (акушерские стационары) первой группы (уровня), за исключением медицинских организаций, имеющих в своей структуре ургентные родильные залы, являются:*

нормально протекающая беременность без соматической и акушерской патологии;

отсутствие медицинских показаний к плановой операции кесарева сечения;

отсутствие высокого риска преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода, определенного по результатам пренатального скрининга I триместра;

отсутствие высокого риска акушерских кровотечений;
отсутствие высокого риска венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений;
отсутствие высокого риска септических осложнений.

81. *Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организацию родовспоможения (акушерские стационары) второй группы (уровня) являются:*

анемия легкой степени;
мертворождение в анамнезе;
анатомическое сужение таза I-II степени;
перенесенная беременность;
предполагаемый крупный плод;
тазовое предлежание плода;

низкое расположение плаценты, подтвержденное результатами ультразвукового исследования на сроке беременности 34-36 недель (за исключением наличия рубца на матке после операции кесарева сечения);

рубец на матке после операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для проведения плановой операции кесарева сечения;

рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения) без признаков несостоятельности и при подтвержденном результатами ультразвукового исследования расположении плаценты не в месте локализации рубца;

антенатальная гибель плода;
преэклампсия умеренная;
психические заболевания;

соматическое заболевание беременной (роженицы), не требующее оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю соматического заболевания, с возможностью применения в период родов диагностических и лечебных мероприятий по коррекции соматических заболеваний, в том числе пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений, компенсированные заболевания органов дыхания (без дыхательной недостаточности), заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит), заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, за исключением отслойки сетчатки в анамнезе), перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза, эндокринные заболевания (гестационный сахарный диабет на диетотерапии без акушерских осложнений и признаков диабетической фетопатии, заболевания щитовидной железы без клинических признаков гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация), варикозная болезнь 1-2 степени.

В организацию родовспоможения (акушерский стационар) второй группы (уровня) могут быть направлены женщины с показаниями для госпитализации в организацию родовспоможения (акушерский стационар) первой группы (уровня).

82. *Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц)*

в организации родовспоможения (акушерские стационары) третьей А группы (уровня) являются:

- состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод;
- осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения;
- беременность после экстракорпорального оплодотворения;
- рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути;
- рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца;
- предлежание плаценты;
- 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 на матке (кроме операции кесарева сечения);
- подозрение на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;
- много- и маловодие;
- поперечное и косое положение плода;
- задержка роста плода;
- водянка плода;
- проведенная во время данной беременности внутриутробная хирургическая коррекция;
- изоиммунизация при беременности;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
- врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода;
- многоплодная беременность;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
- опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенными формами эндометриоза;
- трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности;
- варикозная болезнь 3 степени;
- возраст до 16 лет включительно;
- холестаз, гепатоз беременных;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты,

кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);

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

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

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

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

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

эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне с отслойкой сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжелые заболевания);

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней и тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания);

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

миастения;

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

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;

прочие жизнеугрожающие состояния беременной и плода при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской эвакуации.

В организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей А группы (уровня) могут быть направлены женщины с показаниями для госпитализации в организацию родовспоможения (акушерский стационар) второй группы (уровня).

83. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организацию родовспоможения (акушерские стационары) третьей Б группы (уровня) являются:

состояния беременной (роженицы) и (или) плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе медицинской

помощи в рамках клинической апробации.

В организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей Б группы (уровня) могут быть направлены женщины с показаниями для госпитализации в организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей А группы (уровня).

84. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи беременным в субъекте Российской Федерации организуются консультации с врачами организации родовспоможения (акушерского стационара) третьей Б группы (уровня), иных подведомственных федеральным органам исполнительной власти медицинских организаций, в том числе НМИЦ, в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий, для решения вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной.

85. При оказании медицинской помощи в период родов в случаях преждевременных родов госпитализация осуществляется в организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей А группы (уровня), имеющий отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией.

В случае невозможности доставки роженицы с преждевременными родами в организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей А группы (уровня) либо невозможности направления беременной в организацию родовспоможения (акушерский стационар) при оказании медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с медицинскими показаниями, указанными в пункте 94 настоящего Порядка, беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (родильное отделение) или в медицинскую организацию, в структуре которой создан urgentный родильный зал, с извещением АДКЦ.

86. При поступлении беременной или роженицы в организацию родовспоможения (акушерский стационар) оформляется медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях, форма которой предусмотрена приложением № 4 к приказу № 1130н (далее - учетная форма № 096/1у-20).

В период родов заполняется партограмма учетной формы № 096/1у-20.

87. В организациях родовспоможения (акушерских стационарах) создаются условия для внедрения семейно-ориентированных перинатальных технологий, обеспечивающих:

возможность присутствия отца ребенка или иного члена семьи при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья и отсутствии у отца ребенка или иного члена семьи инфекционных заболеваний (партнерские роды);

выполнение в период родов и в первые дни после рождения комплекса мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных;

максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди в родильном зале (не позднее 1,5-2 часов) после рождения продолжительностью не менее 30 минут (при отсутствии медицинских противопоказаний) и

поддержка грудного вскармливания, за исключением родильниц с ВИЧ-инфекцией;

совместное пребывание родильниц и новорожденных в послеродовой период, свободный доступ членов семьи к родильнице и новорожденному (при отсутствии медицинских противопоказаний).

88. Рекомендуемое время пребывания родильницы в организации родовспоможения (акушерском стационаре) при неосложненном течении послеродового периода после родов через естественные родовые пути - до 3 суток, при неосложненном течении послеродового периода после операции кесарева сечения - до 4 суток.

89. При выписке родильницы, за исключением родильниц с ВИЧ-инфекцией, лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка), осуществляется консультирование по вопросам планирования следующей беременности.

90. После выписки из организации родовспоможения (акушерского стационара) родильница направляется в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы для дальнейшего наблюдения в послеродовой период.

Сведения акушерского стационара о родильнице (талон № 2 учетной формы № 113/у-20) направляются в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы, сведения акушерского стационара о новорожденном (талон № 3 учетной формы № 113/у-20) направляется в детскую поликлинику (детское поликлиническое отделение) по месту жительства (наблюдения) новорожденного и размещаются в медицинской карте пациента, а бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовой период и за новорожденным.

91. В случае выписки родильницы из организации родовспоможения (акушерского стационара) в сроки, указанные в пункте 100 настоящего Порядка, и в случае неявки родильницы в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (для дальнейшего наблюдения в послеродовой период) в течение 14 дней после родов медицинскими работниками (акушером (акушеркой), фельдшером или врачом общей практики (семейным врачом), врачом-акушером-гинекологом) осуществляется посещение родильницы на дому (послеродовый патронаж), в том числе в составе мобильной медицинской бригады.

92. С целью восстановления репродуктивной функции врач-акушер-гинеколог женской консультации или кабинета врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы обеспечивает наблюдение родильницы в послеродовой период, при необходимости направляет родильницу на психологическое консультирование в целях предупреждения, раннего выявления и лечения осложнений послеродового периода.

IV. Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, включая проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в период беременности, родов и в послеродовой (послеабортный) период.

93. Для организации медицинской помощи, требующей проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в организациях родовспоможения (акушерских стационарах) создаются отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра и родильного дома (родильного отделения), и (или) отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделения анестезиологии-реанимации, и (или) отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) палаты реанимации и интенсивной терапии (далее - отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии), а также АДКЦ и выездные консультативные бригады.

94. К основным состояниям и заболеваниям, синдромам и симптомам, требующим проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий и наблюдения в АДКЦ, в период беременности и в течение 42 дней после ее окончания (далее - критические акушерские состояния), относятся:

- в части патологии сердечно-сосудистой системы:
 - остановка кровообращения,
 - шок любой этиологии,
 - острое нарушение мозгового кровообращения,
 - нарушения сознания,
 - продолжающееся введение вазопрессоров и (или) инотропных препаратов,
 - нарушения ритма сердца,
 - острый коронарный синдром,
 - протезированные клапаны сердца,
 - недостаточность кровообращения II и более степени по NYHA (New York Heart Association),
 - тромбоэмболия легочной артерии, подозрение на тромбоэмболию легочной артерии,
 - эмболия амниотической жидкостью, подозрение на эмболию амниотической жидкостью,
 - кардиогенный отек легких,
 - артериальная гипертензия III степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт.ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт.ст.;
- в части патологии респираторной системы:
 - одышка в покое более 25 в минуту,
 - острый цианоз,
 - апноэ, патологический тип дыхания,
 - декомпенсированный респираторный ацидоз,

PaO₂/FiO₂ < 200 при дыхании атмосферным воздухом, высокопоточной оксигенации или искусственной вентиляции легких более 60 минут,
SpO₂ < 90% по пульсоксиметру более 60 минут,
острый респираторный дистресс-синдром,
тяжелая пневмония,
обострение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких,
аспирационный синдром,
интубация трахеи и искусственная вентиляция легких более 60 минут, не связанная с анестезией;
в части акушерской патологии:
тяжелая преэклампсия, эклампсия,
холестатический гепатоз беременных,
синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), связанный с беременностью,
чрезмерная рвота беременных,
гемолиз любой этиологии,
тромботическая микроангиопатия: HELLP-синдром, атипичный гемолитико-уремический синдром, тромботическая тромбопеническая пурпура, антифосфолипидный синдром,
кровопотеря более 1000 мл и (или) продолжающееся кровотечение, гистерэктомия,
лапаротомия, кроме операции кесарева сечения,
релапаротомия (любые показания),
разрыв матки,
осложнения после прерывания беременности в ранние сроки,
акушерский (хирургический) сепсис;
в части обменно-метаболических расстройств:
билирубин более 30 мкмоль/л без жировой дистрофии,
синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), не связанный с беременностью,
лактат артериальной крови более 2 ммоль/л, не связанный с шоком,
декомпенсированный метаболический ацидоз, не связанный с шоком,
гиперкалиемия более 5,5 ммоль/л,
креатинин более 150 мкмоль/л,
олигоанурия резистентная к введению жидкости,
признаки гипогликемии, гипергликемии, кетоацидоза,
тяжелая анемия (любая этиология),
тромбоцитопения менее 50*10⁹/л,
трансфузия компонентов крови;
в части событий, связанных с оказанием медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология»:
госпитализация в отделения анестезиологии-реанимации (палаты

реанимации и интенсивной терапии) (любые показания), пребывание в отделении анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) для женщин более 24 часов,

оценка физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса перед акушерской операцией у беременной, для согласования тактики анестезиологического пособия,

осложнения анестезиологического пособия (любые),

осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов.

95. В случае необходимости оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) привлекаются врачи по профилю заболевания, определившего необходимость проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

Основанием для перевода родильниц из отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) в акушерское физиологическое отделение или акушерское наблюдательное отделение, беременных - в отделение патологии беременности (другие профильные структурные подразделения по медицинским показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения является стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций.

96. Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, включая проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в период беременности, родов и в послеродовой (послеабортный) период осуществляется в два этапа:

I этап - вне медицинской организации выездной консультативной бригадой;

II этап - в стационарных условиях в организациях родовспоможения (акушерских отделениях), отделениях анестезиологии-реанимации (палатах реанимации и интенсивной терапии) иных медицинских организаций.

97. При выявлении критического акушерского состояния, после оценки тяжести состояния беременной, роженицы или родильницы, установления предварительного диагноза и оказания медицинской помощи в экстренной форме, медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, сообщает о ситуации в АДКЦ с целью согласования объема медицинской помощи, необходимости вызова специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации или выездной консультативной бригады, а также консультирования и мониторинга состояния беременной, роженицы или родильницы специалистами НМИЦ по профилю критического акушерского состояния и (или) соматического заболевания.

При преждевременных родах и невозможности осуществления медицинской эвакуации роженицы в организацию родовспоможения (акушерский стационар) первой или второй группы (уровня) ввиду тяжести ее состояния или плохой транспортной доступности, медицинских работников,

оказывающий медицинскую помощь, сообщает о ситуации в АДКЦ и неонатологический дистанционный консультативный центр, организуемый в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по анестезиологии и реаниматологии, для согласования объема медицинской помощи, в том числе с привлечением выездных педиатрических бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденным.

98. В субъектах Российской Федерации, имеющих населенные пункты, расположенные на значительном удалении от родильных домов (родильных отделений) или перинатальных центров и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и соматической патологией в экстренной и неотложной формах осуществляется выездной консультативной бригадой.

99. Необходимость выезда, состав выездной консультативной бригады и объем медицинской помощи определяет АДКЦ.

Порядок оказания медицинской помощи беременным при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития.

1. Тактику наблюдения за течением беременности, объем обследования, медицинскую организацию для проведения лечения и родоразрешения, сроки родоразрешения в плановом порядке у беременных при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития определяет перинатальный консилиум.

При наличии порока развития плода, сочетающегося с хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями, или наличии множественных пороков развития плода, с целью определения прогноза для здоровья и жизни ребенка, проводится обследование, включающее (при необходимости) генетическое лабораторное исследование, эхокардиографию и магнитно-резонансную и (или) компьютерную томографию плода.

По результатам обследования проводится повторный перинатальный консилиум, в том числе с участием специалистов НМИЦ по профилю выявленных у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития.

2. При решении вопроса о рекомендуемых месте и сроках лечения и родоразрешения беременной с выявленным пороком развития плода, требующим внутриутробного медицинского вмешательства, связанного с хирургической патологией (далее - внутриутробная хирургическая коррекция), либо оказания медицинской помощи новорожденному с хирургической патологией (далее - хирургическая помощь новорожденному), перинатальный консилиум руководствуется следующим:

в случае, если возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока развития плода, беременная направляется в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь соответствующего вида по перечню, предусмотренному программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период;

в случае, если необходимо оказание хирургической помощи новорожденному в плановой форме в раннем неонатальном периоде, беременная направляется на родоразрешение в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по детской хирургии и (или) сердечно-сосудистой хирургии, в структуре которой создан перинатальный центр;

в случае, если после рождения новорожденному потребуется выполнение экстренного хирургического вмешательства, беременная направляется на родоразрешение в перинатальный центр, имеющий возможность оказания хирургической помощи новорожденному в экстренной форме, в том числе с привлечением врачей-специалистов по профилю порока развития плода из иных медицинских организаций, или в перинатальный центр, имеющий в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией и оснащенный автомобилем скорой медицинской помощи класса «С» для осуществления медицинской эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «детская хирургия» и (или) «сердечно-сосудистая хирургия» в стационарных условиях детям, в целях проведения хирургического вмешательства.

3. Медицинская эвакуация новорожденного из медицинской организации, в которых отсутствует возможность оказания хирургической помощи, осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными консультативными бригадами, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.

4. При невозможности оказания новорожденному с пороком развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетическими нарушениями необходимой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, беременные направляются на родоразрешение в подведомственные федеральным органам исполнительной власти перинатальные центры или медицинские организации, имеющие в структуре перинатальные центры, в которых предусмотрены детские хирургические отделения с койками для новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией.

5. При наличии порока развития плода, несовместимого с жизнью, сочетанных пороках развития плода с неблагоприятным прогнозом для жизни, хромосомных аномалиях, генетических нарушениях или пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения, при отсутствии методов эффективного лечения, включенных в раздел «Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (далее - медицинские показания со стороны плода), беременной с учетом решения перинатального консилиума при участии медицинского психолога предоставляется информация о факторах риска для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, обусловленные медицинскими показаниями со стороны плода, для последующего принятия беременной решения о сохранении беременности или искусственном прерывании беременности.

6. В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального

консилиума беременная направляется для искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, не ниже второй группы (уровня), в котором осуществляется верификация диагноза на основе результатов патологоанатомического вскрытия плода, молекулярно-генетических исследований (при необходимости) и экспертной оценки изображений, фиксирующих патологические изменения (статичных и (или) динамичных), полученных при проведении ультразвукового исследования, а также статических и динамических изображений магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии.

7. Досрочное родоразрешение по медицинским показаниям со стороны плода и отсутствии тяжелой соматической патологии у беременной при сроке беременности 22 недели и более проводится в перинатальных центрах, в которых после рождения ребенка врачами-специалистами осуществляется верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений.

8. Заключение о результатах верификации диагноза (верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений) после искусственного прерывания беременности или рождения ребенка с пороком развития плода и (или) хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями направляется лечащему врачу и в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода и выдается на руки пациенту.

9. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода медицинская помощь в период беременности, родов и послеродовой период оказывается под контролем специалистов АДКЦ и (или) консультативно-диагностического отделения перинатального центра.

Порядок оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с ВИЧ-инфекцией.

1. Наблюдение за течением беременности у беременных с ВИЧ-инфекцией осуществляется совместно врачом-акушером-гинекологом медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и врачом-инфекционистом центра профилактики и борьбы со СПИД, подведомственного исполнительному органу РСО-Алания в сфере охраны здоровья, с реализацией следующих мероприятий:

разработка плана наблюдения за течением беременности;

отражение в медицинской документации беременной с ВИЧ-инфекцией (учетной форме № 111/у-20, учетной форме № 113/у-20) уникального номера регистрационной записи в Федеральном регистре лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (постановление Правительства Российской Федерации от 8 апреля 2017 г. № 426 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом»), схемы антиретровирусной терапии, проводимой во время беременности, данных лабораторных и клинических исследований, рекомендаций по схемам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности;

проведение работы по формированию приверженности у беременной с ВИЧ-инфекцией к наблюдению за течением беременности и антиретровирусной терапии;

контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов для медицинского применения (далее - антиретровирусные лекарственные препараты);

обеспечение при отказе беременной с ВИЧ-инфекцией от мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку немедленного информирования руководителя медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности у беременной с ВИЧ-инфекцией, и центра профилактики и борьбы со СПИД, подведомственного исполнительному органу РСО-Алания в сфере охраны здоровья, или других медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь беременным с ВИЧ-инфекцией на территории РСО-Алания, о сложившейся ситуации;

максимально возможный отказ от инвазивных манипуляций, повышающих риск инфицирования плода;

своевременное проведение лабораторных исследований в целях

мониторинга эффективности и безопасности антиретровирусной терапии в соответствии с планом наблюдения за течением беременности;

взаимодействие организации родовспоможения (акушерского стационара) и центра профилактики и борьбы со СПИД по вопросам продолжения антиретровирусной терапии и родоразрешения.

2. Врач-акушер-гинеколог медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, при наблюдении за течением беременности у беременной с ВИЧ-инфекцией:

размещает в медицинской документации беременной с ВИЧ-инфекцией (учетной форме № 111/у-20, учетной форме № 113/у-20) при соблюдении конфиденциальности информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию, информацию о приеме (отказе от приема) антиретровирусных лекарственных препаратов и направляет информацию в центр профилактики и борьбы со СПИД, подведомственный исполнительному органу РСО-Алания в сфере охраны здоровья, или другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь беременным с ВИЧ-инфекцией на территории РСО-Алания;

согласовывает изменения в план наблюдения за течением беременности, схемы и режимы приема антиретровирусных лекарственных препаратов.

3. При поступлении на роды в организацию родовспоможения (акушерский стационар) беременных, необследованных на ВИЧ-инфекцию, беременных без медицинской документации или при отсутствии результатов обследования на ВИЧ-инфекцию при беременности, при наличии высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией независимо от количества обследований на ВИЧ-инфекцию во время беременности проводится лабораторное исследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ-инфекции.

4. Лабораторное исследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ-инфекции в организации родовспоможения (акушерском стационаре) сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, на котором беременной предоставляется информация о значении указанного исследования, методах профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (применении антиретровирусных лекарственных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

5. Лабораторное исследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ-инфекции проводится в клиничко-диагностической (микробиологической) лаборатории или приемном отделении организации родовспоможения (акушерского стационара) медицинскими работниками, прошедшими повышение квалификации по вопросам диагностики ВИЧ-инфекции.

6. Каждое лабораторное исследование экспресс-методом на ВИЧ-инфекцию сопровождается исследованием того же образца биологического материала (крови) методами иммуноферментного анализа или иммунного

блоттинга в клинико-диагностической (микробиологической) лаборатории.

Результаты указанного исследования передаются в медицинскую организацию по месту забора образца биологического материала (крови).

7. Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в организации родовспоможения (акушерском стационаре) предусматривается наличие запаса антиретровирусных лекарственных препаратов.

8. Проведение мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды.

9. Во время ведения родов у роженицы с ВИЧ-инфекцией при живом плоде ограничивается проведение акушерских пособий, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция, эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода.

10. При наличии медицинских противопоказаний к проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку с использованием антиретровирусной терапии в родах в качестве самостоятельной профилактической процедуры, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, применяется операция кесарева сечения.

11. Окончательное решение о способе родоразрешения роженицы с ВИЧ-инфекцией принимается врачом-акушером-гинекологом, ведущим роды, с учетом рекомендаций врача-инфекциониста центра профилактики и борьбы со СПИД или другой медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь беременным с ВИЧ-инфекцией на территории РСО-Алания, состояния роженицы и плода, с сопоставлением в конкретной ситуации пользы от снижения риска заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции у роженицы.

12. После родов не осуществляется раннее прикладывание ребенка к груди, проводится консультирование родильниц с ВИЧ-инфекцией по вопросу отказа от грудного вскармливания.

13. У новорожденного, рожденного матерью с ВИЧ-инфекцией, сразу после рождения осуществляется забор образца биологического материала (крови) для лабораторного исследования на антитела к ВИЧ-инфекции методом иммуноферментного анализа с помощью вакуумных систем для забора крови, который направляется в клинико-диагностическую лабораторию центра профилактики и борьбы со СПИД, подведомственного Министерству здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания.

14. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются в медицинской документации родильницы с ВИЧ-инфекцией и ребенка и передаются в центр профилактики и борьбы со СПИД, подведомственного

исполнительному органу РСО-Алания в сфере охраны здоровья, или другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь беременным с ВИЧ-инфекцией на территории РСО-Алания, а также в детскую поликлинику (детское поликлиническое отделение), в которой (котором) будет наблюдаться ребенок.

Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

1. Основными задачами организации оказания медицинской помощи женщинам является сохранение репродуктивного здоровья путем профилактики, раннего выявления, лечения заболеваний женских половых органов и молочных желез, диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения женщин с заболеваниями женских половых органов и молочных желез, проведения санитарно-гигиенического просвещения и гигиенического обучения с использованием информационно-просветительских технологий, направленного на формирование мотивации к здоровому образу жизни, сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, профилактику инфекций, передающихся преимущественно половым путем, формирование позитивных репродуктивных установок, направленных на рождение детей и многодетность, профилактики искусственного прерывания беременности, сохранение и укрепление традиционных семейных и духовно-нравственных ценностей, обеспечение преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи, оказания своевременной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

2. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется санитарно-гигиеническое просвещение, проводятся школы репродуктивного здоровья, профилактические мероприятия, в том числе профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, включая диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передающихся преимущественно половым путем, обеспечивается планирование беременности.

3. По результатам профилактических медицинских осмотров и диспансеризации женщин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья формируются группы репродуктивного здоровья женщин.

4. Медицинская помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями в стационарных условиях оказывается с учетом медицинских показаний для направления женщин в гинекологические отделения.

5. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, первой группы (уровня) являются:

состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

состояния, требующие оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме.

6. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, второй группы (уровня) являются:

состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующей оказания специализированной медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах с использованием современных медицинских технологий, в том числе с привлечением врачей-эндоскопистов и (или) иных врачей-специалистов;

осложнения течения беременности при сроке беременности до 21 недели и 6 дней;

искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума.

7. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А группы (уровня) являются:

состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями после искусственного прерывания беременности или родов;

внематочная (эктопическая) беременность;

осложнения течения беременности при сроке беременности до 21 недели и 6 дней при наличии соматических заболеваний в стадии декомпенсации;

заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом (3-4 степени), с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения;

состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы;

реконструктивные операции на матке у женщин репродуктивного возраста с истончением рубца на матке и формированием «ниши» стенки матки после операции кесарева сечения;

хирургическое лечение аномалий матки с использованием метода 3D ультразвукового исследования и реконструктивно-пластических операций;

искусственное прерывание беременности у беременных с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в месте локализации рубца на матке, миомой матки больших размеров,

аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений;

искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума.

8. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей Б группы (уровня) являются состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением медицинской помощи в рамках клинической апробации.

9. При поступлении женщины с гинекологическим заболеванием в гинекологическое отделение оформляется карта пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного), форма которой предусмотрена приложением № 7 к приказу № 1130н.

10. При выписке женщины с гинекологическим заболеванием из гинекологического отделения обеспечивается преемственность в оказании медицинской помощи с медицинскими организациями, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, с целью сохранения репродуктивного здоровья.

11. Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается с соблюдением принципов онконастороженности.

12. Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом-акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по вопросам патологии молочной железы.

13. Тактика наблюдения женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью к категории «Системы данных результатов визуализации молочных желез» (BI-RADS):

0 категория - направляются на консультацию врача-онколога для определения дальнейшей тактики наблюдения;

1 и 2 категории - наблюдаются врачом-акушером-гинекологом;

3 категория - направляются к врачу-онкологу для верификации диагноза;

4-6 категории - наблюдаются врачом-онкологом.

При исключении злокачественных новообразований диспансерное наблюдение женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез проводится врачом-акушером-гинекологом с учетом сопутствующего гинекологического заболевания.

14. Женщинам с хроническими гинекологическими заболеваниями устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом в

соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н.

Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями.

1. Медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями младше 15 лет, а также несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, больным наркоманией младше 16 лет, оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя.

2. В рамках первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями осуществляется в том числе:

индивидуальное консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями и (или) их законных представителей по вопросам интимной гигиены, охраны репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения, в том числе профилактики инфекций, передающихся преимущественно половым путем, профилактики искусственного прерывания беременности и выбора метода контрацепции;

групповое консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями и (или) их законных представителей в школах репродуктивного здоровья, санитарно-гигиеническое просвещение, направленное на ознакомление с нормальной физиологией полового созревания, с основными проявлениями гинекологических заболеваний и нарушениями полового развития, патологии молочных желез, требующими обращения к врачу-акушеру-гинекологу.

Индивидуальное и групповое консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями и (или) их законных представителей проводится в женских консультациях, кабинетах врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних, детских поликлиниках (детских поликлинических отделениях), центрах (отделениях) охраны репродуктивного здоровья подростков с использованием информационно-просветительских технологий с учетом возрастных психологических особенностей.

4. В рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье несовершеннолетнего.

5. Прием (осмотр, консультация) врачом-акушером-гинекологом

несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями осуществляется в присутствии медицинской сестры (медицинского брата) и (или) акушера (акушерки).

6. Медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, направляет несовершеннолетнюю на прием (осмотр, консультацию) к врачу-акушеру-гинекологу в случае выявления у несовершеннолетней:

зуда, жжения, покраснения, высыпания, расчесов, эрозии, налетов, участков лихенификации кожи наружных половых органов и влагалища;

сращения малых половых губ;

папиллом, кондилом и опухолевидных образований на кожных покровах наружных половых органов и промежности;

выделений из половых путей патологического характера;

кровяных выделений из половых путей различной интенсивности и продолжительности;

травматических (бытовых и насильственных) повреждений наружных половых органов, вульвы и влагалища;

патологических анализов мочи (бактериурии, лейкоцитурии, гематурии и иных);

тазовой боли;

изменения формы и величины живота;

увеличения молочных желез и роста волос на лобке в возрасте до восьми лет;

ускоренного физического и полового развития в возрасте до восьми лет;

отсутствия вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте тринадцати лет и старше;

перерыва в менструациях более чем на 48 дней в пубертатном периоде (с менархе);

отсутствия менструации в возрасте пятнадцати лет и старше;

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

наличия стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости;

нарушения строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофии клитора и малых половых губ, уrogenитального синуса, отсутствия входа во влагалище, свищей с вовлечением женских половых органов;

аплазии, гипоплазии, гипермастии, гигантомастии, асимметрии и других аномалий, доброкачественной дисплазий молочных желез и узловых образований молочных желез, мастита в пубертатном периоде;

отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от восьми лет) более чем на 10%;

повышенного роста волос и оволосения по мужскому типу;

задержки физического развития;

низкорослости (рост 150 см и менее) (у несовершеннолетних старше 14

лет);

высокорослости (рост 175 см и более) в периоде полового созревания; состояния после хирургических вмешательств на органах брюшной полости;

реконвалесценции после перенесенных инфекционных заболеваний и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

наличия признаков патологии матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

начала сексуальных отношений;

необходимости консультирования в целях индивидуального подбора метода контрацепции.

7. По результатам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних формируются группы репродуктивного здоровья.

8. Несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями подлежат диспансерному наблюдению врачом-акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по специальности «акушерство и гинекологии» по вопросам формирования репродуктивной системы и течения заболеваний (состояний) женских половых органов и молочных желез у детей, включающее проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, основанных на клинических рекомендациях.

9. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями и заболеваниями молочных желез, требующими хирургического лечения в экстренной и неотложной форме, оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и (или) детской хирургии (или хирургии при оказании хирургической помощи в экстренной или неотложной форме), в структуре которых создано отделение анестезиологии-реанимации.

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

Решение об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренного хирургического вмешательства врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами (при оказании хирургической помощи в экстренной или неотложной форме) согласовывается с врачом-акушером-гинекологом, в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

10. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими

заболеваниями и заболеваниями молочных желез в плановой форме оказывается по направлению врача-акушера-гинеколога или иного медицинского работника в стационарных условиях или условиях дневного стационара в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), педиатрии и детской хирургии (при наличии у несовершеннолетней хирургической патологии), и располагающих койками гинекологическими для детей.

Решение об объеме и этапности плановых хирургических вмешательств у несовершеннолетней с аногенитальными и (или) урогенитальными аномалиями (пороками развития) принимается консилиумом врачей, в состав которого включаются врач-акушер-гинеколог, врач-детский хирург, врач-детский уролог-андролог.

Оперативное лечение несовершеннолетней с аногенитальными и (или) урогенитальными аномалиями (пороками развития) осуществляется в гинекологических отделениях для несовершеннолетних медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей группы (уровня) и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по педиатрии и детской хирургии.

При достижении несовершеннолетними с гинекологическими заболеваниями возраста 18 лет с целью обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи выписки из их медицинской документации (переводные эпикризы) направляются в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

Порядок оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности.

1. Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), и акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

3. Искусственное прерывание беременности проводится:

не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности четвертая - седьмая недели или при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, 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 недели беременности.

4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности.

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

6. При первичном обращении беременной с целью искусственного прерывания беременности медицинский работник, к которому обратилась беременная, предлагает пройти мотивационное анкетирование и направляет беременную в кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, или центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, для прохождения психологического доабортного консультирования (далее - доабортное консультирование), оказания правовой, психологической и медико-социальной помощи, а также выдает направление на ультразвуковое исследование органов малого таза и (или) плода.

7. Доабортное консультирование проводится с целью принятия

беременной осознанного, самостоятельного и ответственного решения о сохранении беременности или об искусственном прерывании беременности и направлено на повышение количества беременных, отказавшихся от искусственного прерывания беременности.

8. Доабортное консультирование проводится медицинским психологом (психологом) или медицинским работником, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, прошедшим повышение квалификации по вопросам психологического консультирования беременных в ситуации репродуктивного выбора (доабортное консультирование) (далее - обученный медицинский работник).

При отсутствии в медицинской организации, в которую обратилась беременная с целью искусственного прерывания беременности, кабинета психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, или центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, либо медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника беременная направляется в медицинскую организацию, в структуре которой создан кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, или центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и имеющую медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника.

9. При проведении ультразвукового исследования органов малого таза и (или) плода у беременной, обратившейся в медицинскую организацию с целью искусственного прерывания беременности в отсутствие медицинских показаний для искусственного прерывания беременности на сроке беременности до двенадцати недель, в процессе ультразвукового исследования проводится демонстрация изображения плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиения эмбриона (плода) (при наличии).

10. В случае принятия беременной, обратившейся в медицинскую организацию с целью искусственного прерывания беременности, решения о сохранении беременности, наблюдение за течением беременности и послеродового периода осуществляется с проведением дополнительных консультаций медицинского психолога (психолога).

11. При наличии у беременной медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности либо заболеваний (состояний), при которых искусственное прерывание беременности наносит значительный вред здоровью беременной или представляет угрозу для ее жизни, вопрос о проведении искусственного прерывания беременности решается индивидуально перинатальным консилиумом с учетом срока беременности.

12. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний для искусственного прерывания беременности наблюдение за течением беременности осуществляется с обязательным проведением консультаций специалистами АДКЦ и специалистами НМИЦ по профилю соматического заболевания, включенного

в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

13. Искусственное прерывание беременности при сроке беременности до двенадцати недель осуществляется в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности) и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), а также анестезиологии и реаниматологии.

14. Искусственное прерывание беременности в условиях дневного стационара проводится в медицинской организации при наличии операционной и врача-анестезиолога-реаниматолога круглосуточно непосредственно в здании, в котором размещен дневной стационар, или в ином здании данной медицинской организации с операционной и врачом-анестезиологом-реаниматологом круглосуточно и обеспечением транспортировки пациентки до него не более 20 минут выездной бригадой скорой медицинской помощи.

15. Искусственное прерывание беременности при сроке беременности с двенадцати до двадцати двух недель осуществляется в стационарных условиях.

16. Искусственное прерывание беременности при наличии у беременной сердечно-сосудистых заболеваний, требующих применения кардиохирургических методов лечения, включенных в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, на сроке беременности до 22 недель проводится в гинекологическом отделении многопрофильной медицинской организации, оказывающий специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А или третьей Б группы (уровня), в структуре которой создано кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии и (или) кардиохирургическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии.

17. Искусственное прерывание беременности у беременных с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в месте локализации рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений осуществляется в гинекологических отделениях медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А или третьей Б группы (уровня).

18. При выявлении у беременной заболевания (состояния), включенного

в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, в течение 7 календарных дней со дня установления диагноза созывается перинатальный консилиум, в состав которого включается в том числе врач-специалист по профилю соматического заболевания беременной, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, на котором рекомендуется медицинская организация для проведения искусственного прерывания беременности.

В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, при сроке беременности до 22 недель, беременная направляется для проведения искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение медицинской организации, оказывающий специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А или третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по профилю тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, и по анестезиологии и реаниматологии.

19. В медицинских организациях, проводящих искусственное прерывание беременности и оказывающих специализированную медицинскую помощь в период беременности, беременные, планирующие искусственное прерывание беременности, и беременные с угрозой прерывания беременности, желающие сохранить беременность, размещаются в разных гинекологических отделениях или разных палатах при наличии одного гинекологического отделения в медицинской организации.

20. Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности, форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2025 г. №136н.

21. Искусственное прерывание беременности проводится врачом-акушером-гинекологом.

22. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обезболиванием.

23. Искусственное прерывание беременности проводится с использованием лекарственных препаратов для медицинского применения (медикаментозный метод) или вакуум-аспирации содержимого полости матки (хирургический метод).

24. При проведении искусственного прерывания беременности в условиях дневного стационара медикаментозным методом женщина находится под наблюдением врача-акушера-гинеколога не менее 1,5-2 часов после приема лекарственных препаратов для медицинского применения.

При проведении искусственного прерывания беременности в условиях

дневного стационара хирургическим методом продолжительность наблюдения женщины после применения вакуум-аспирации содержимого полости матки и при отсутствии осложнений определяется врачом-акушером-гинекологом, проводящим искусственное прерывание беременности, с учетом состояния женщины и составляет не менее 3-4 часов.

25. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации проводятся лечебно-профилактические мероприятия по профилактике Rh-изосенсибилизации.

26. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого представляется информация о симптомах возможных осложнений, при появлении которых следует незамедлительно обратиться к врачу, а также по вопросам профилактики искусственного прерывания беременности, прегравидарной подготовки и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

После искусственного прерывания беременности осмотр врача-акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 10-15 дней.

Правила организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра.

1. Акушерский дистанционный консультативный центр (далее - АДКЦ) является структурным подразделением перинатального центра или родильного дома, являющегося самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской или иной организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую в том числе работы (услуги) по анестезиологии и реаниматологии (далее - медицинская организация), являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) второй, третьей А или третьей Б группы (уровня), либо родильного отделения медицинской организации, являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) второй, третьей А или третьей Б группы (уровня), и создается для проведения в круглосуточном режиме консультаций при оказании медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий, обеспечения координации деятельности медицинских организаций РСО-Алания при оказании медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, участия в консилиумах врачей при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме беременным, роженицам, родильницам, женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями.

2. В Республике Северная Осетия-Алания создается не менее одного АДКЦ.

3. АДКЦ возглавляет заведующий АДКЦ - врач-акушер-гинеколог или врач-анестезиолог-реаниматолог, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в структуре которой создан АДКЦ.

4. На должность заведующего АДКЦ - врача-акушера-гинеколога назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием (далее - Квалификационные требования) по специальности «Акушерство и гинекология», а также требованиям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7 ноября 2017 г. № 768н.

На должность заведующего АДКЦ - врача-анестезиолога-реаниматолога назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям по специальности «Анестезиология-реаниматология», а также требованиям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7 ноября 2017 г. № 768н.

5. На должность врача-акушера-гинеколога АДКЦ назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям по специальности «Акушерство и гинекология», а также требованиям профессионального стандарта «Врач-акушер-гинеколог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19 апреля 2021 г. № 262н.

На должность врача-анестезиолога-реаниматолога АДКЦ назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям по специальности «Анестезиология-реаниматология», а также требованиям профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2018г. № 554н.

6. На должности медицинских работников со средним профессиональным образованием АДКЦ назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по соответствующим специальностям, а также требованиям соответствующих профессиональных стандартов.

7. Структура и штатная численность АДКЦ устанавливаются руководителем медицинской организации, в структуре которой создан АДКЦ, с учетом рекомендуемых штатных нормативов акушерского дистанционно-консультативного центра, предусмотренных приложением № 26 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом МЗ РФ от 19.12.2025г. №747н (далее - Порядок).

В структуре АКДЦ могут быть созданы выездные экстренные консультативные бригады.

8. АДКЦ оснащается оборудованием в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением №27 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом МЗ РФ от 19.12.2025г. №747н (далее - Порядок).

9. Основными функциями АДКЦ являются:

- организация, проведение и техническое сопровождение в круглосуточном режиме консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий;
- участие в консилиумах врачей при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме беременным, роженицам, родильницам, женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями;

- организация передачи и получения информации (результатов лабораторных и инструментальных исследований и данных, отражающих состояние жизненно важных функций организма человека) для проведения консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий;

- мониторинг состояния здоровья пациентов, в отношении которых проводились консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий, с оценкой реализации рекомендаций консультантов (решений консилиумов врачей);

- организация мониторинга течения беременности и формирование «групп риска» по возникновению осложнений в период беременности, родов и в послеродовой период;

- организация мониторинга состояния беременных, рожениц и родильниц с заболеваниями, синдромами и симптомами, требующими проведения реанимационных мероприятий и (или) интенсивной терапии в период беременности, родов и в течение 42 дней после ее окончания (далее - критические акушерские состояния), в медицинских организациях, расположенных на территории РСО-Алания;

- мониторинг состояния здоровья беременных, рожениц, родильниц, женщин и несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями и незамедлительная организация при осложнении течения беременности, родов или послеродового периода, гинекологического заболевания консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий с целью оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;

- выявление и мониторинг в медицинских организациях, расположенных на территории РСО-Алания, беременных, рожениц, родильниц, госпитализированных с медицинскими показаниями, не соответствующими группе (уровню) организации родовспоможения (акушерского стационара);

- обеспечение соблюдения и своевременности осуществления медицинской эвакуации беременных, рожениц, родильниц с угрожающими жизни заболеваниями или клиническими ситуациями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового периода;

- принятие решения об оказании медицинской помощи беременной, роженице, родильнице выездной экстренной консультативной бригадой;

- организация оказания медицинской помощи и осуществления медицинской эвакуации беременных, рожениц, родильниц с высокой степенью риска материнской смертности, нуждающихся в медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, включая критические акушерские состояния, с привлечением выездной экстренной консультативной бригады;

- осуществление взаимодействия с неонатологическим дистанционным консультативным центром;

- обеспечение оперативной информацией (о количестве беременных, рожениц, родильниц с тяжелыми заболеваниями и состояниями, характере и степени тяжести выявленных осложнений течения беременности и осложнений соматических заболеваний, результатах лечебно-диагностических мероприятий) исполнительных органов РСО-Алания в сфере охраны здоровья;

- ведение медицинской документации, и представление отчетности в соответствии с пунктом 11 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), сбор и представление первичных статистических данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения, указанных в части 1 статьи 91 Федерального закона № 323-ФЗ;

- передача информации о случаях критических акушерских состояний в национальный медицинский исследовательский центр по профилю основного заболевания и проведение совместно со специалистами национального медицинского исследовательского центра по профилю основного заболевания мониторинга случаев критических акушерских состояний в субъекте Российской Федерации.

10. В медицинской организации, в структуре которой создан АДКЦ, обеспечивается взаимозаменяемость медицинских работников АДКЦ и медицинских работников других структурных подразделений.

11. При отсутствии запросов на проведение консультаций (консилиума врачей) и вне времени проведения консультаций (консилиумов врачей) медицинские работники АДКЦ могут привлекаться для работы в других структурных подразделениях медицинской организации, в структуре которой создан АДКЦ.

12. АДКЦ работает в круглосуточном режиме.

13. В медицинскую организацию, в структуре которой создан АДКЦ направляются беременные:

1) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, случаи перинатальной смерти, рождение детей с тяжелой перинатальной патологией, рождение детей с высокой и низкой массой тела, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, септические осложнения после родов и абортов, операции на матке и придатках, тяжелые родовые травмы родовых путей, рождение детей с пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов) после первого УЗИ-скрининга; - беременность после лечения бесплодия, в том числе после ВРТ с момента диагностики беременности; - невынашивание (три и более самопроизвольных выкидыша, 2 и более преждевременных родов, поздние выкидыши, ИЦН) с момента постановки на учёт; - с 2 и более рубцами на матке после третьего скрининга; - рубец на матке с признаками несостоятельности (при выявлении); - с аномалиями развития матки после хирургической коррекции (при выявлении); с доброкачественными опухолями матки, придатков и другими опухолевыми

заболеваниями, требующих оказания медицинской помощи во время беременности.

2) со следующими экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания:

- пороками сердца у беременной, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии нарушениями кровообращения - после 1 скрининга, с заключением кардиолога о возможности вынашивания;
- хроническая или симптоматическая артериальная гипертензия II и III степени
- при выявлении, после консультации кардиолога;
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности - после консультации сосудистого хирурга;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности после консультации пульмонолога/кардиолога;
- диффузные заболевания соединительной ткани, АФС - при выявлении;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, единственная почка - после консультации нефролога;
- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени) - после консультации гепатолога;
- сахарный диабет инсулинзависимый, наличие диабетической фетопатии - при выявлении;
- ожирение 2 и 3 степени с 22 недель беременности;
- заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, гемобластозы, тромбоцитопения (при уровне тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$, клинически подтвержденные наследственные дефекты гемостаза) - с момента постановки диагноза, после консультации гематолога;
- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов) - с момента выявления;
- миастения;
- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации - после консультации онколога;
- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов - при выявлении;
- перенесенные в анамнезе тяжелые ЧМТ, травмы позвоночника, таза - при выявлении;
- гипертензивные расстройства, предшествующие настоящей беременности после первого скрининга;

3) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, гипертензивные расстройства, перманентной угрозой прерывания при ОАА и отсутствием эффекта лечения, неправильное положение плода, патология пуповины, выраженное многоводие и маловодие, подозрение на внутриутробную инфекцию) - с момента постановки диагноза;

- с многоплодной беременностью (монохориальная двойня, тройня) – с момента постановки диагноза;
- с предлежанием плаценты: полное предлежание плаценты - после 2 скрининга, низкое предлежание плаценты (менее 20 мм) - после третьего скрининга;
- с признаками вставания плаценты - сразу после выявления;
- иммунологический конфликт (Rh и ABO-изосенсибилизация) - с момента выявления;
- с ЗРП и нарушениями маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока - сразу после выявления.

13.1. Плановое консультирование должно проводиться по предварительной записи. При обращении врача с беременной иметь при себе надлежаще заполненные консультативный лист/медицинское заключение.

13.2. Консультирование беременных из отдаленных районов республики и/или в особых условиях (эпидемиологическая обстановка и т.п.) может быть проведено посредством региональных телемедицинских консультаций, дистанционно.

**Распределение медицинских организаций по уровням, оказывающих
первичную специализированную медико-санитарную помощь по
профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях.**

Уровни МО	Наименование МО
первая группа (уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре кабинет врача-акушера-гинеколога и (или) кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних;	ж/к ГБУЗ «Кировская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ж/к ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» г. Владикавказ
	ж/к ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ж/к ГБУЗ «Дигорская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ж/к ГБУЗ «Ирафская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
вторая группа (уровень) - женские консультации и медицинские организации, имеющие в своей структуре женскую консультацию;	ж/к ГБУЗ «Поликлиника №1» МЗ РСО-Алания с филиалами
	ж/к ГБУЗ «Поликлиника №4» МЗ РСО-Алания с филиалом
	ж/к ГБУЗ «Поликлиника №7» МЗ РСО-Алания
	ж/к ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ж/к ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ» МЗ РСО-Алания
	ж/к ГБУЗ «Пригородная ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ж/к ГБУЗ «Алагирская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
третья группа (уровень) - центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков и медицинские организации,	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ ОСО-Алания

имеющие в своей структуре консультативно-диагностическое отделение (центр), центр охраны здоровья семьи и репродукции, центр (отделение) охраны репродуктивного здоровья подростков.	
--	--

**Распределение акушерских стационаров по уровням оказания
медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в
послеродовый период в стационарных условиях.**

Уровни МО	Наименование МО
Ургентные родильные залы	ГБУЗ «Алагирская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ГБУЗ «Кировская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
первая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре ургентные родильные залы или родильные дома (родильные отделения), в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, и (или) врача-неонатолога, и (или) врача-анестезиолога-реаниматолога, расположенные на значительном удалении от организаций родовспоможения (акушерских стационаров) второй, третьей А или третьей Б группы (уровня) и (или) в населенных пунктах, имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий	ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» г. Владикавказ
	ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
вторая группа (уровень) - родильные дома и медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре родильные дома (родильные отделения), в которых предусмотрены палаты реанимации и	ГБУЗ «Родильный дом № 1» МЗ РСО-Алания
	ГБУЗ «Родильный дом № 2» МЗ РСО-Алания
	ГБУЗ «Пригородная ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО-Алания

интенсивной терапии, и (или) отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделение анестезиологии-реанимации, и (или) отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделение анестезиологии-реанимации родильного дома (родильного отделения) и пост интенсивного наблюдения и интенсивной терапии отделения новорожденных физиологического или отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией	ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ» МЗ РСО-Алания
третья А группа (уровень) - перинатальные центры и медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре перинатальные центры, в которых предусмотрен акушерский дистанционный консультативный центр (далее - АДКЦ), осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь и организаций родовспоможения (акушерских стационаров), находящихся на территории РСО-Алания	ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания родильный дом

**Распределение медицинских организаций, оказывающих
специализированную, в том числе высокотехнологическую,
медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним, с
гинекологическими заболеваниями по уровням оказания медицинской
помощи.**

Уровни МО	Наименование МО
первая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение или гинекологическое отделение для несовершеннолетних либо располагающие гинекологическими койками или гинекологическими койками для детей, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога	ГБУЗ «Алагирская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ГБУЗ «Кировская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» г. Владикавказ
вторая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и палаты реанимации и интенсивной терапии, или отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, или отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации	ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО-Алания
	ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ» МЗ РСО-Алания
	ГБУЗ «Пригородная ЦРБ» МЗ РСО-Алания
третья А группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации	ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания
	Клиническая больница СОГМА
	ГБУЗ «РКБ СМП» МЗ РСО-Алания

**Положение
об организационно-методическом кураторстве
медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь
по профилю «акушерство и гинекология»**

1. Общие положения.

1. Целью курации медицинских организаций службы родовспоможения РСО-Алания является:

Повышение эффективности функционирования 3-уровневой системы и обеспечение взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

Обеспечение доступности медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» на территории РСО-Алания.

Повышение качества и безопасности оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории РСО-Алания.

2. ОМК проводится специалистами акушерского стационара III уровня (родильное отделение ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания) под руководством главных внештатных специалистов по акушерству, гинекологии Министерства здравоохранения РСО-Алания.

3. Акушерский стационар III уровня осуществляет свою деятельность в соответствии с «дорожной картой», утвержденной руководителем данной медицинской организации, на основании плана мероприятий ОМК по профилю «акушерство и гинекология», разработанному главными внештатными специалистами и согласованному с Министерством здравоохранения РСО-Алания.

4. Акушерский стационар III уровня осуществляет ОМК во взаимодействии с главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения РСО-Алания по акушерству, гинекологии, неонатологии и анестезиологии-реаниматологии.

5. Акушерский стационар III уровня осуществляет свою деятельность в форме выездных мероприятий, а также дистанционно с использованием медицинских информационных систем.

2. Направления деятельности.

1. Деятельность по ОМК осуществляется по следующим направлениям:
- организационно-методическое руководство медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь по профилю

«акушерство и гинекология»;

- аналитическая деятельность по профилю «акушерство и гинекология».

2. Организационно-методическое руководство включает следующие мероприятия:

- оценка качества организации и оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

- разработка рекомендаций по совершенствованию службы родовспоможения;

- ведение ежеквартального мониторинга выполнения рекомендаций кураторов медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

- внедрение клинических рекомендаций в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

- внедрение в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», современных методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, используемых в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ, в том числе с применением информационно-коммуникационных технологий;

- внедрение и развитие медицинских информационных систем, обеспечивающих информационное сопровождение процессов организации и оказания медицинской помощи;

- разработка и внедрение в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», протоколов, алгоритмов, стандартных операционных процедур, инструкций;

- внедрение системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, в том числе внутреннего контроля качества медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи;

- клинико-экспертная оценка качества оказания медицинской помощи женскому населению по профилю «акушерство и гинекология», в том числе в период беременности, родов и в послеродовом периоде;

- ведение мониторинга и контроля за использованием не рекомендованных к применению у беременных, лекарственных препаратов, в том числе в женских консультациях, а также недопущение применения нерегламентированных методов оперативного вмешательства, строгое соблюдение клинических рекомендаций, протоколов лечения;

- повышение профессиональной подготовки врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;

- проведение клинических конференций, организационно-методических совещаний и иных мероприятий с применением информационно-

коммуникационных технологий по актуальным вопросам материнской, перинатальной и младенческой смертности, снижения числа прерываний беременности, охраны репродуктивного здоровья женщин, повышения доступности и качества медицинской помощи;

- с целью повышения рождаемости проведение информационных мероприятий для населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны и укрепления репродуктивного здоровья и позитивного отношения к материнству.

3. Аналитическая деятельность включает следующие мероприятия:

- анализ соблюдения требований клинических рекомендаций в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

- анализ соблюдения протоколов, алгоритмов, стандартных операционных процедур, инструкций в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

- анализ состояния репродуктивного здоровья женского населения, гинекологической заболеваемости и распространенности факторов риска;

- анализ организации медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в том числе профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения;

- анализ маршрутизации беременных женщин, рожениц и родильниц в рамках трехуровневой системы, в том числе осуществление дородовой госпитализации;

- анализ маршрутизации пациенток с гинекологическими заболеваниями для прохождения специализированного лечения, включая высокотехнологичные методы;

- анализ качества оказания медицинской помощи женщинам с критическими акушерскими состояниями, с учетом распределения случаев критических акушерских состояний по месту проживания женщин, своевременности оказания медицинской помощи, соблюдения маршрутизации;

- анализ наличия лекарственных препаратов, применяемых в основных схемах лечения, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», наличия дефектуры и ее причин.

- анализ и оценка потребности в лекарственных препаратах, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», с учетом стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций;

- анализ оснащения необходимым медицинским оборудованием и расходными материалами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»;

- анализ кадрового потенциала медицинских организаций, оказывающих

медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», и потребности в подготовке/переподготовке медицинских работников.

4. Порядок осуществления ОМК медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

4.1. ОМК проводится в соответствии с планом мероприятий, разработанным главными внештатными специалистами по акушерству и по гинекологии МЗ РСО-Алания и согласованным с Министерством здравоохранения РСО-Алания.

4.2. ОМК осуществляется в формате плановых и внеплановых мероприятий:

- плановые мероприятия проводятся в соответствии с «дорожной картой», согласованной с Министерством здравоохранения РСО-Алания;

- внеплановые мероприятия проводятся по поручению Министра здравоохранения РСО-Алания.

4.3. Итоговый годовой отчет о результатах ОМК формируется кураторами и представляется главным внештатным специалистам по акушерству и по гинекологии Министерства здравоохранения РСО-Алания.

Положение
о кураторе медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь
по профилю «акушерство и гинекология».

1. Общие положения.

1. Куратор назначается приказом главного врача ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания из числа наиболее квалифицированных и опытных специалистов родильного дома (по согласованию).

2. Куратор должен знать:

- законодательные и нормативно-правовые акты, клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» методические материалы, касающиеся деятельности медицинских организаций службы родовспоможения;
- современные медико-организационные и перинатальные технологии, разрешенные к применению в акушерско-гинекологической службе;
- структуру и ресурсное обеспечение курируемой медицинской организации.

2. Функциональные обязанности куратора.

Куратор осуществляет следующие функции:

1. Осуществляет выезды в закрепленные медицинские организации не реже одного раза в квартал с предоставлением письменного отчета о проделанной работе.
2. Принимает участие в оказании организационно-методической, экспертно-консультативной и лечебно-диагностической помощи беременным, роженицам и родильницам в курируемых медицинских организациях.
3. Контролирует исполнение медицинских технологий, стандартов и порядков оказания акушерско-гинекологической помощи и осуществляет методическое руководство по их внедрению в курируемой медицинской организации.
4. Участвует в определении потребности в медицинских кадрах, принимает участие в планировании работы по повышению квалификации медицинских работников.
5. Участвует во внедрении и использовании телекоммуникационных технологий при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде.

6. Вносит предложения по совершенствованию работы акушерско-гинекологической службы курируемой медицинской организации руководителю медицинской организации.

7. Предоставляет ежегодный отчет главным внештатным специалистам по акушерству и по гинекологии Министерства здравоохранения РСО-Алания, в срок до 01 февраля года, следующего за отчетным.

8. В ежегодном отчете отражается следующая информация:

- характеристика, основные показатели и анализ деятельности курируемой медицинской организации;

- обеспеченность и укомплектованность медицинскими кадрами, работа по кадровому обеспечению, план повышения квалификации специалистов;

- лечебно-диагностическая работа:

- внедрение современных перинатальных технологий, стандартов и порядков оказания медицинской помощи на различных этапах курируемой медицинской организации;

- работа медицинской организации в рамках 3-уровневой системы службы родовспоможения;

- организация медицинской помощи при неотложных состояниях, дистанционных и телемедицинских консультаций;

- контроль за соблюдением федеральных клинических рекомендаций;

- отчет о соблюдении маршрутизации беременных, рожениц и родильниц (с количественными данными):

- предложения по усовершенствованию работы акушерско-гинекологической службы в курируемом учреждении.

**Перечень медицинских организаций,
оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и
гинекология», подлежащих организационно-методическому
кураторству.**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Родильное отделение	Отделение гинекологии	Женская консультация/ка бинеты
1.	ГБУЗ «Поликлиника №1» МЗ РСО-Алания	-	-	+
2.	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания	-	-	+
3.	ГБУЗ «Поликлиника № 7» МЗ РСО-Алания	-	-	+
4.	ГБУЗ «Республиканский центр охраны здоровья семьи и репродукции» МЗ РСО-Алания	-	-	+
5.	ГБУЗ «Алагирская центральная районная больница» МЗ РСО- Алания	+	+	+
6.	ГБУЗ «Ардонская центральная районная больница» МЗ РСО- Алания	+	+	+
7.	ГБУЗ «Дигорская центральная районная больница» МЗ РСО- Алания	-	+	+
8.	ГБУЗ «Ирафская центральная районная больница» МЗ РСО- Алания	-	+	+
9.	ГБУЗ «Кировская центральная районная больница» МЗ РСО- Алания	+	+	+
10.	ГБУЗ «Моздокская центральная районная больница» МЗ РСО- Алания	+	+	+
11.	ГБУЗ «Правобережная центральная районная МЗ РСО-	+	+	+

	Алания клиническая больница» МЗ РСО-Алания			
12.	ГБУЗ «Пригородная центральная районная больница» МЗ РСО- Алания	+	+	+
13.	ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания	+	+	+
14.	ГБУЗ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» МЗ РСО- Алания	-	+	+
14.	ГБУЗ «Родильный дом № 1» МЗ РСО-Алания	+	+	-
15.	ГБУЗ «Родильный дом № 2» МЗ РСО-Алания	+	+	-
16.	ОАО РЖД-Медицина	+	+	+

Взаимодействие медицинских организаций при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией.

1. При выявлении на амбулаторном этапе экстрагенитальной патологии, требующей стационарного лечения и при отсутствии акушерских осложнений, по заключению врача акушера-гинеколога женской консультации беременные госпитализируются в профильные отделения медицинских организаций в ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания и ГБУЗ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» МЗ РСО-Алания вне зависимости от срока беременности. Лечение осуществляется совместно с врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом. При отсутствии в медицинской организации врача-акушера-гинеколога медицинская помощь может оказываться врачами-акушерами-гинекологами иных медицинских организаций. Выписка из профильного отделения медицинской организации после завершения лечения осуществляется по заключению консилиума врачей с обязательным присутствием врача-акушера-гинеколога. Консилиум врачей определяет необходимость перевода пациентки в другое медицинское учреждение и/или возможность амбулаторного наблюдения, дальнейшую тактику ведения и лечения.

2. При наличии акушерских осложнений беременная направляется в акушерский стационар.

3. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в отделение по профилю заболевания, определяющего наибольшую тяжесть состояния.

4. Беременные и роженицы с акушерской патологией в сочетании с инфекциями, требующими изоляции госпитализируются в акушерские стационары, имеющие боксированные палаты (ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания, ГБУЗ «РКБСМП» МЗ РСО-Алания).

5. Родильницы с декомпенсированной экстрагенитальной патологией и осложнениями родов с развитием тяжелых витальных функций из акушерских стационаров (отделений) госпитализируются в ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания и ГБУЗ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» МЗ РСО-Алания по решению консилиума врачей и согласованию с АДКЦ и администрацией в ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РСО-Алания и ГБУЗ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» МЗ РСО-Алания, сообщив предварительно при этом в отдел организации и контроля

качества медицинской помощи женщинам и детям МЗ РСО-Алания или Первому заместителю министра здравоохранения МЗ РСО-Алания.

6. Госпитализация пациенток с экстрагенитальной патологией осуществляется в соответствии со схемой направления на госпитализацию беременных и родильниц с экстрагенитальными заболеваниями в многопрофильные медицинские организации Республики Северная Осетия-Алания в соответствии с актуальным приказом Министерства здравоохранения РСО-Алания, регламентирующим маршрутизацию пациентов при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме в медицинских организациях МЗ РСО-Алания.

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

1. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в стационар медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «кардиологии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

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

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

2.1. Ревматические пороки сердца:

- все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

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

- все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

- пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

- пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

- пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией.

2.2. ВПС:

- пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

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

- пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

- пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

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

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

- кардиомиопатии;

- тетрада Фалло;

- Болезнь Эбштейна;

- сложные ВПС;

- синдром Эйзенменгера;

- болезнь Аэрза.

2.3. Болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

- острые и подострые формы миокардита;

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

- инфаркт миокарда в анамнезе;

- острые и подострые формы бактериального эндокардита;

- острые и подострые формы перикардита.

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

2.5. Состояния после операций на сердце.

3. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной медицинской организации, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) медицинской помощи женщине.

4. При отказе женщины прервать беременность консилиум врачей в составе врача-кардиолога (врача - сердечно-сосудистого хирурга) и врача-акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной абляции) - о направлении в

стационар медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

5. При сроке беременности 18-22 недели женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» или «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

6. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в стационар медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» и (или) «сердечно-сосудистой хирургии», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения. Консилиум врачей медицинской организации, в стационар которой направлена беременная женщина, в составе врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, УЗИ с доплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний – о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

7. При сроке беременности 35-37 недель женщины направляются в стационар медицинской организации (для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения). Медицинская организация для родоразрешения, способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом врачей в составе врача-кардиолога (врача - сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача - анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса. Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением

необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

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

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

**Маршрутизация женщин в период беременности и послеродовой
период с экстрагенитальной патологией, нуждающихся в лечении в
специализированном отделении МО 3-го уровня.**

Район/медицинская организация	Специализированное отделение МО III уровня
ГБУЗ «Алагирская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания направления на	В соответствии с приказом МЗ РСО-А о графике дежурных дней медицинских организаций для оказания экстренной медицинской помощи.
ГБУЗ «Ардонская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Ирафская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Дигорская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Кировская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Моздокская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Правобережная центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Пригородная центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Родильный дом №1» МЗ РСО-Алания	
ГБУЗ «Родильный дом №2» МЗ РСО-Алания	
ЧУЗ РЖД	

Маршрутизации пациенток с критическими акушерскими состояниями (КАС).

Район/медицинская организация	До 22 недель беременности	С 22 недель беременности и в послеродовой период
ГБУЗ «Алагирская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания	В соответствии с приказом МЗ РСО-Алания о графике дежурных дней медицинских организаций для оказания экстренной медицинской помощи.	В соответствии с приказом МЗ РСО-Алания о графике дежурных дней медицинских организаций для оказания экстренной медицинской помощи. В родах – только родильное отделение ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания
ГБУЗ «Ардонская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Дигорская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Ирафская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Кировская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Моздокская центральная районная больница» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Правобережная центральная районная» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Пригородная центральная районная МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Родильный дом №1» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Родильный дом №2» МЗ РСО-Алания		
ЧУЗ «РЖД -Медицина»		

Правила взаимодействия медицинских организаций по ведению мониторинга критических акушерских состояний.

1. Настоящие правила определяют алгоритм взаимодействия врачей медицинских организаций с акушерским дистанционным консультативным центром и с федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ при ведении мониторинга случаев критических акушерских состояний, включая проведение телемедицинских консультаций (далее - ТМК);

2. Критические акушерские состояния (далее - КАС) - заболевания, синдромы и симптомы, требующие проведение мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в течение 42 дней после ее окончания (после родов, выкидыша (аборта)).

3. Основные задачи мониторинга случаев КАС:

а) осуществление оперативного, динамического контроля (дистанционного мониторинга) за состоянием здоровья женщин с КАС;

б) организация и оказание круглосуточной консультативной помощи женщинам с КАС, включая телемедицинские консультации.

4. Медицинская организация РСО-Алания, в которую госпитализирована (находится) пациентка с состояниями согласно приложению №24 и №25 незамедлительно направляет информацию о случае в акушерский дистанционный консультативный центр (АДКЦ).

5. В случае выявления состояний, заболеваний, синдромов или симптомов, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой (послеабортный) период согласно приложению №25, специалист АДКЦ ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания передает информацию в регистр КАС (<https://vimis.egisz.rosminzdrav.ru>).

6. При выявлении состояний, указанных в приложении №26, необходимо проведение телемедицинской консультации с федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ (далее - ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ).

7. Врач МО, в котором требуется проведение ТМК, осуществляет оформление заявки на проведение телемедицинской консультации в установленном порядке через ФГБУ ВЦМК «Защита» ФМБА России.

8. При необходимости консультации врачей-специалистов по профилю основного заболевания, обуславливающего тяжесть состояния пациентки, ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ обеспечивает телемедицинскую консультацию соответствующего национального медицинского

исследовательского центра.

9. Мониторинг пациенток с КАС осуществляется ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ.

10. Для проведения мониторинга АДКЦ ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания ежедневно по состоянию на 00:00 московского времени актуализирует персонализированную информацию о состоянии здоровья пациентов, находящихся на мониторинге.

11. В случае повторного перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии пациентки, состоявшей на дистанционном мониторинге с КАС, информация о женщине заносится в регистр КАС, ежедневно, до момента прекращения дистанционного мониторинга пациентки с КАС в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ.

12. Моментом прекращения дистанционного мониторинга пациентки с КАС в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ является выбытие пациентки из отделения реанимации и интенсивной терапии (перевод в профильное отделение, выписка из медицинской организации под амбулаторное наблюдение или смерть).

13. Показаниями для продолжения дистанционного мониторинга являются: крайне тяжелое или тяжелое состояние; отсутствие положительной динамики у пациентки при оказании медицинской помощи, усугубление тяжести состояния пациентки.

14. В случае материнской смерти, медицинская организация по месту события незамедлительно предоставляет информацию:

а) в АДКЦ ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания;

б) главному внештатному акушеру и главному внештатному гинекологу РСО-Алания;

в) в отдел организации и контроля качества медицинской помощи женщинам и детям МЗ РСО-Алания.

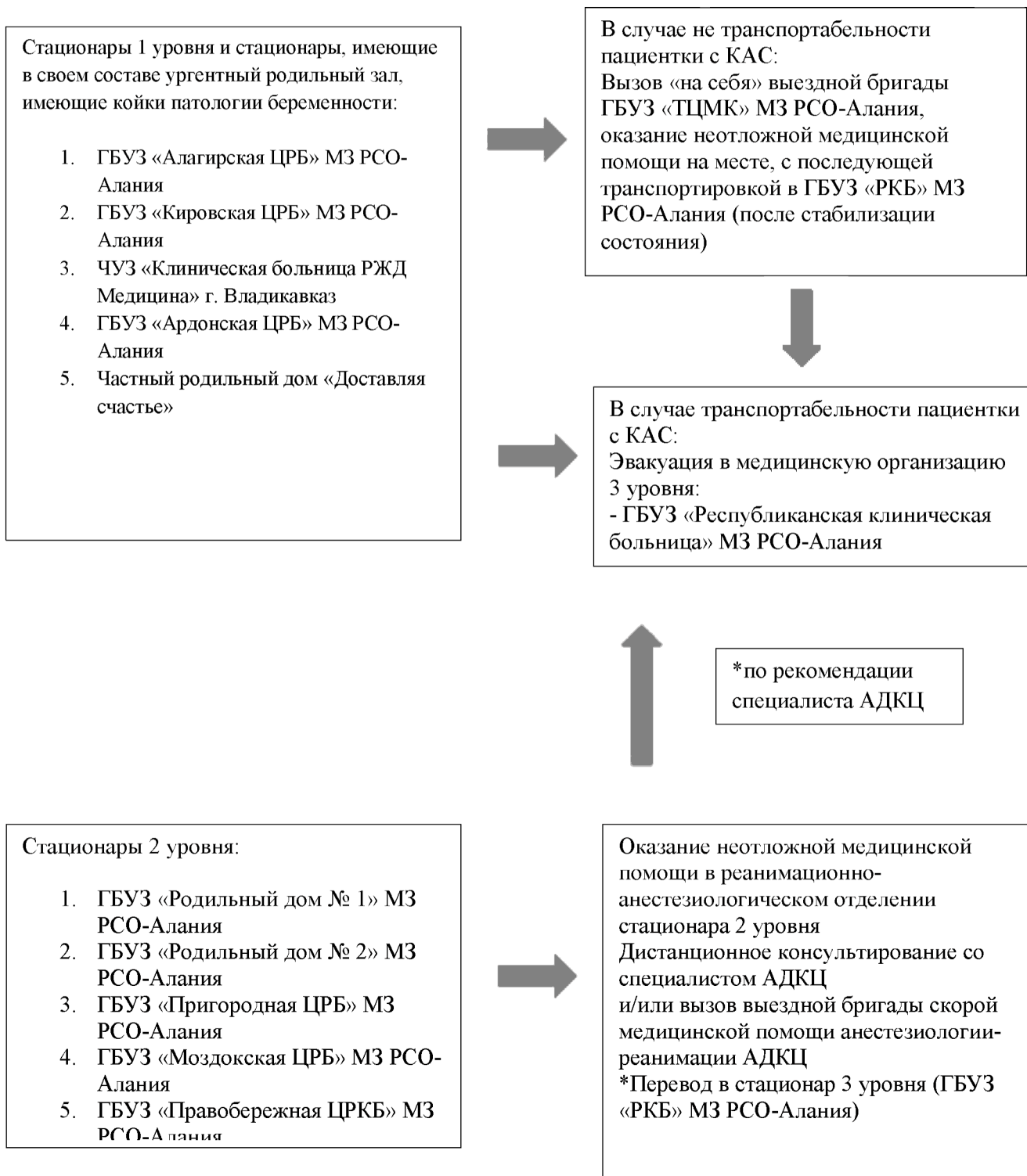
15. Специалист АДКЦ ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания.

16. в течение 24 часов после получения информации из медицинской организации направляет информацию в регистр КАС.

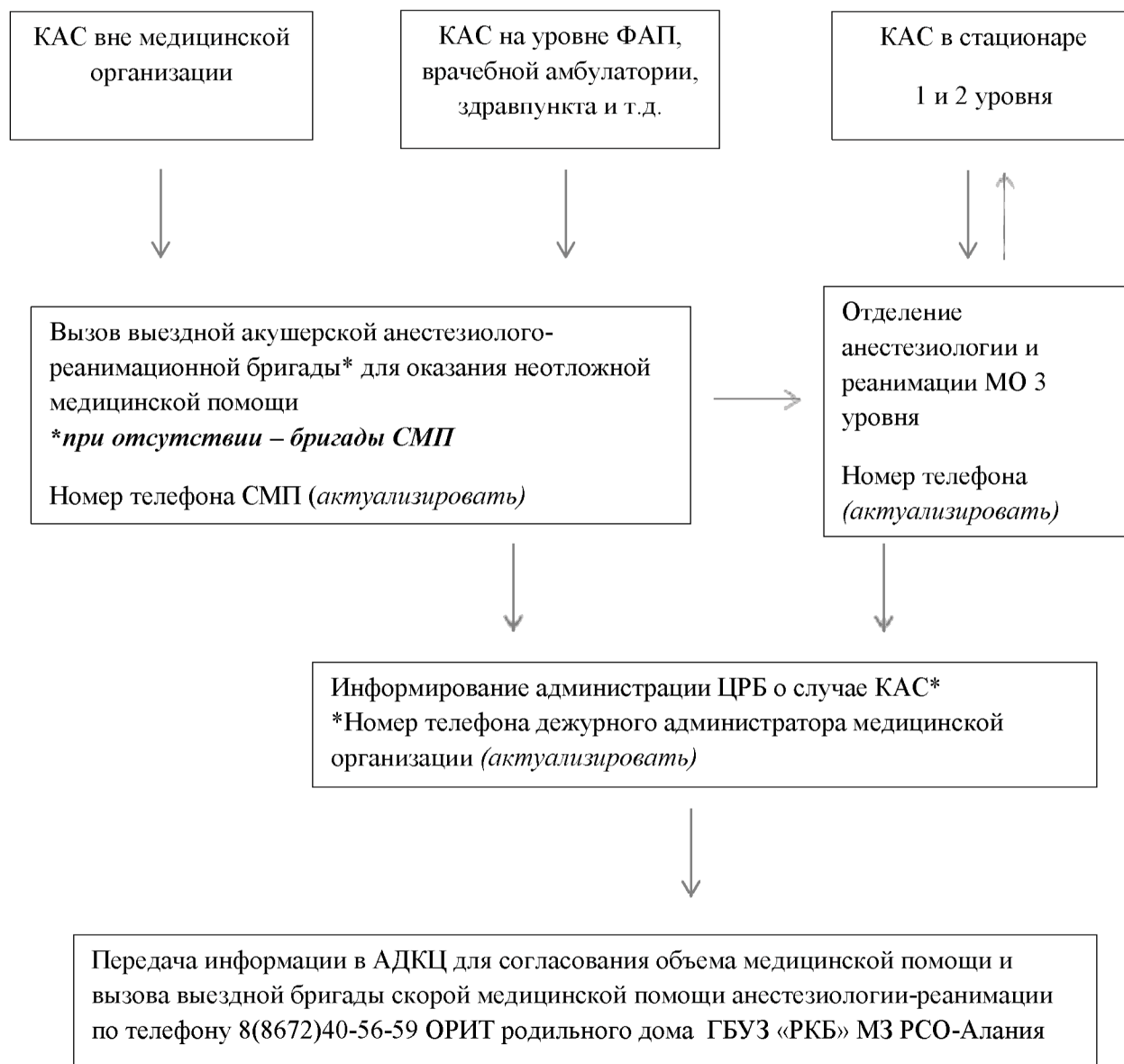
17. Форма отчета о случаях критического состояния в акушерстве в медицинских организациях РСО-Алания формируется автоматически согласно приложению №6.

18. В случае материнской смерти медицинская организация по месту события направляет в течение 24 часов после констатации смерти в отдел организации медицинской помощи матерям и детям МЗ РСО-Алания экстренное извещение с обязательным указанием даты отправления, заверенное главным врачом и печатью медицинской организации.

Маршрутизация пациенток с критическими акушерскими состояниями в РСО-Алания .



**Порядок взаимодействия медицинских организаций при оказании
медицинской помощи при критических акушерских состояниях (КАС).**



Алгоритм мониторинга критических акушерских состояний в РСО-Алания.

1. Медицинская организация, в которую поступила (находится) пациентка с состояниями согласно приложениям № 24 и № 25 и где ей оказана помощь, незамедлительно направляет информацию о случае в региональный акушерский дистанционный консультативный центр в виде экстренного (сигнального) извещения (приложение 22).

2. В случае выявления состояний, заболеваний, синдромов или симптомов, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовый период, специалист АДКЦ передает информацию в регистр КАС.

3. При выявлении состояний, требующих телемедицинской консультации (ТМК) с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ (приложение №26), специалист АДКЦ организует оформление заявки на проведение ТМК в установленном порядке через ФГБУ ВЦМК «Защита» ФМБА России.

4. Мониторинг пациенток с КАС осуществляется ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ. Для проведения мониторинга специалист АДКЦ ежедневно по состоянию на 00:00 московского времени актуализирует персонализированную информацию о состоянии здоровья пациентов, находящихся на мониторинге (согласно установленной форме – приложение № 3 Регламента).

5. Специалист АДКЦ обеспечивает ежедневное занесение информации о состоянии пациентки в регистр КАС до момента прекращения дистанционного мониторинга пациентки в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ.

6. Моментом прекращения дистанционного мониторинга пациентки с КАС в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ является выбытие пациентки из отделения реанимации и интенсивной терапии (перевод в профильное отделение, выписка из медицинской организации под амбулаторное наблюдение или смерть). Показаниями для продолжения дистанционного мониторинга являются: крайне тяжелое или тяжелое состояние; отсутствие положительной динамики у пациентки при оказании медицинской помощи.

7. В случае материнской смерти медицинская организация по месту события незамедлительно предоставляет информацию в АДКЦ. Специалист АДКЦ в течение 24 часов направляет информацию в регистр КАС.

**Извещение о критическом акушерском состоянии (КАС)/случае
материнской смерти.**

1. Основания для внесения в регистр КАС:
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии)
3. Дата рождения: « _ »20 г.
4. СНИЛС, полис ОМС:
5. Наименование и уровень МО, где выявлено КАС:
6. Дата и время начала оказания помощи при выявлении КАС: « ____ »20 г.
в ч.мин.
7. Дата и время передачи информации в региональный АДКЦ: « ____ »20 г. в
ч.мин.
8. Дата и время выезда выездной бригады СМП анестезиологии-реанимации
(выездной бригады): « __ »20 г. в ч.мин.
9. Дата и время прибытия выездной бригады: « ____ »20 г. в ч.мин.
10. Оказанная выездной бригадой медицинская помощь: стабилизация состояния /
оставлена на месте / медицинская эвакуация / родоразрешение / гистерэктомия /
интубация, с продленной ИВЛ
11. Наименование и уровень МО, в котором находится пациентка: уровень МО:
12. № истории родов/болезни:
13. Дата и время госпитализации: « __ »20 г. в ч.мин.
14. Диагноз при поступлении:
15. Жалобы на момент передачи информации:
16. Состояние пациентки на момент передачи информации: удовлетворительное /
средней степени / тяжёлое.
17. Динамика состояния: улучшение / стабильное / ухудшение.
18. Перенесенные хронические заболевания (МКБ-10):
19. Клинические данные на момент передачи информации:
Сознание: баллов по шкале Глазго (Психика: баллов по шкале RASS).

АД	Пульс	Температура	чд/ параметры	Сатурация (минимум- максимум за 60 мин)	Диурез (мл/ч)

20. Лабораторные данные:

Показатель	Дата:	Результат	Показатель	Дата:	Результат
<i>Общий анализ крови</i>			<i>Общий анализ мочи</i>		
Гемоглобин			Белок		
Лейкоциты			Лейкоциты		
Тромбоциты			Гиалиновые цилиндры		
Гемолиз (+/-)			Кетоновые тела		
<i>Коагулограмма</i>			<i>Суточная мочеиспускания.</i>		
АЧТВ					
МНО			<i>Биохимический анализ крови</i>		
ПТИ			Общий белок		
Фибриноген			Глюкоза		
Д-димер			Билирубин		
			Креатинин		
раОгЛчОг			Мочевина		
рН крови			АСТ		
			АЛТ		
HBsAg			лдг		
HCV			Лактат		
ВИЧ			СРБ		
COVID-19			Кетоновые тела		

21. Исход беременности:

Роды / прерывание беременности: дата, время, срок гестации	Операции: ASA дата, время, начала и окончания	Ребенок: масса / рост / Апгар /	Общая кровопотеря

22. Диагноз (основной, сопутствующий, осложнения) на момент извещения (МКБ-10):

23. Мероприятия, проводимые на данном этапе:

Эфферентные методы лечения: гемодиализ / гемосорбция / плазмаферез / плазмообмен;

Респираторная поддержка:

неинвазивная: (дата и время начала) « ____ » 20 г. в ____ ч. ____ мин.

(дата и время окончания) « ____ » 20 г. в ____ ч. ____ мин.

инвазивная (дата и время начала) « ____ » 20 г. в ____ ч. ____ мин.

(дата и время окончания) « ____ » 20 г. в ____ ч. ____ мин.

Лекарственный препарат	Доза	Дата / время
вазопрессорные препараты да/нет		
инотропные препараты да/нет		
компоненты крови да/нет		

24. На момент передачи информации в регистр КАС пациентка находится в отделении реанимации и интенсивной терапии / операционной / родовом отделении / профильном отделении / проводится медицинская эвакуация / выписана из МО / смерть

25. Пациентка:

- не нуждается в проведении телемедицинской консультации с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ

- врачом АДКЦ подан запрос на проведение телемедицинской консультации с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ в экстренном / неотложном / плановом порядке

- проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ (дата консультации).

26. Дата, время заполнения « ____ » 20 ____ г. в ____ ч. мин.

27. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача АДКЦ:

Подпись врача.

Карта транспортировки пациентки с акушерскими осложнениями.

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Диагноз: _____

Показание к переводу _____

Показание к переводу установлено: дата время

Состояние: _____

Клинические
особенности: _____

Схватки: есть/нет, через минут, по секунд

Выделения из половых путей: есть/нет характер

Плод: положение _____ предлежание

Сердечная активность плода: _____

Температура °С, Пульс АД мм. рт. ст., Диурез мл.

III. Время Состояние

Схватки: есть/нет через по

Выделения из половых путей: _____

Температура °С, Пульс в мин., АД мм. рт.ст., Диурез мл

Д о п о л н и т е л ь н ы е д а н н ы е: _____

Подготовка к транспортировке

Выполнено: _____

Переводится в: _____

Врач: _____ Подпись _____

Транспортировка: начало дата, время

I. Время Состояние

Схватки: есть/нет через по

Выделения из половых путей: _____

Температура °С, Пульс в мин., АД мм. рт. ст. Диурез мл.

Дополнительные данные: _____

II. Время Состояние

Схватки: есть/нет через по

Выделения из половых путей: _____

Температура °С, Пульс в мин., АД мм. рт.ст., Диурез мл

Дополнительные данные: _____

Окончание транспортировки: дата время

(должны совпадать со временем поступления в стационар)

Состояние _____			
Схватки: есть/нет через _____		по _____	
Выделения из половых путей: _____			
Температура _____ °С, Пульс _____	в мин., АД _____	мм. рт.ст., Диурез _____	мл _____
Сердечная активность плода: _____			
Дополнительные данные: _____			

Объективную оценку состояния пациентки проводить совместно с принимающим врачом

Транспортировку завершил Ф.И.О. _____ должность _____

_____ подпись _____
Врач, принявший пациентку Ф.И.О. телефон: _____

Перечень угрожающих жизни заболеваний или клинических ситуаций, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода.

№ п/п	Заболевания
1	Пре- и экламсия; hellp-синдром
2	Острый жировой гепатоз беременных
3	Предлежание плаценты с эпизодами кровотечений
4	Преждевременная отслойка плаценты с кровопотерей более 1 000 мл
5	Рубец на матке с признаками несостоятельности
6	Тяжелая рвота беременных
7	Внематочная беременность с кровопотерей более 1 000 мл
8	Шеечная, брюшная беременность, беременность в рубце
9	Послеродовая (послеабортная) кровопотеря более 1000 мл, гем. шок, двс
10	Интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1 500 мл)
11	Послеродовый (послеоперационный) метроэндометрит
12	Послеоперационный (послеродовый) перитонит
13	Послеродовый сепсис; сепсис во время беременности любой этиологии
14	Осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее
15	Гипертоническая болезнь II-III степени со стойким повышением АД >160/100 или эпизодической гипертензией до 200/120 мм. рт. ст.
16	Пороки сердца с нарушением кровообращения I степени и выше, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации
17	Острый коронарный синдром, миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения
18	Тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки
19	Бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая
20	Пневмония с явлениями дыхательной недостаточности, требующей респираторной поддержки
21	Другие заболевания легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности, пневмоторакса, гидроторакса, гемоторакса
22	Сахарный диабет в стадии декомпенсации и склонность к кетоацидозу
23	Тяжелая анемия любого генеза
24	Тромбоцитопения любого происхождения
25	Острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг
26	Тяжелая форма эпилепсии, судорожный синдром
27	Кома любой этиологии

28	Миастения
29	Беременные и родильницы, требующие срочного хирургического вмешательства

Перечень заболеваний, синдромов и симптомов, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовый период.

№	Заболевания
1	Остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация)
2	Нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS)
3	Инсульт
4	Тяжелая преэклампсия, эклампсия
5	Желтуха при преэклампсии
6	Билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии)
7	Повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ
8	Внутрисосудистый гемолиз
9	Тромботическая микроангиопатия
10	Острый цианоз, одышка более 25 в мин., патологические ритмы дыхания
11	Апноэ (любая этиология)
12	Острый респираторный дистресс синдром
13	раОгПОг < 200 мм. рт. ст.
14	Сатурация кислорода менее 90% более 60 мин
15	Отек легких (любая этиология)
16	Интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией
17	Аспирационный синдром
18	Шок - анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный
19	Продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология)
20	Нарушения ритма сердца (любые формы)
21	Сердечная недостаточность
22	Олигурия, резистентная к введению жидкости
23	Креатинин более 150,0 ммоль/л
24	Тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл)
25	Сгустки крови не образуются, гипокоагуляция;
26	рН крови менее 7,2
27	Признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза
28	Более 1 000 мл и/или продолжающееся кровотечение
29	Тяжелая анемия (любая этиология), сопровождающаяся гемической гипоксией
30	Трансфузия компонентов крови

31	Гистерэктомия (любые показания)
32	Лапаротомия кроме операции кесарева сечения
33	Релапаротомия (любые показания)
34	Разрыв матки
35	Осложнения после прерывания беременности в ранние сроки
36	Сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок
37	Лактат более 2,0 ммоль/л
38	Госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые
39	Согласование тактики анестезиологического пособия при оценке
40	Осложнения анестезиологического обеспечения (любые)
41	Осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов
42	Прогнозируемая или текущая трудная интубация трахеи
43	Декомпенсация соматической патологии (любая)

**Перечень критических акушерских состояний для обязательной
телемедицинской консультации.**

№ п/п	Заболевания
1	Остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация)
2	Эклампсия
3	Желтуха при преэклампсии, острая жировая дистрофия печени
4	Тромботическая микроангиопатия: HELLP, АГУС, ТТП, АФС
5	Геморрагический, анафилактический, кардиогенный шок, резистентный к проводимой терапии
6	Острый респираторный дистресс синдром взрослого
7	Отек легких (любая этиология)
8	Массивная кровопотеря и/или продолжающееся кровотечение
9	Сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок
10	Массивная тромбоэмболия легочной артерии
11	Декомпенсация соматической патологии (любая)
12	Другие состояния, угрожающие жизни беременной, роженицы и родильницы, определяемые специалистами региональных акушерских дистанционных центров

Оказание медицинской помощи при угрожающих или начавшихся преждевременных родах (далее - ПР) для медицинских организаций I и II группы (уровня).

Классификация ПР в соответствии со сроком беременности:

Экстремально ранние ПР – 22,0 – 27,6 недель.

Очень ранние ПР - 28,0 - 31,6 недель.

Умеренные ПР – 32,0 – 33,6 недель.

Поздние ПР – 34,0 - 36,6 недель.

Основной задачей при угрожающих преждевременных родах является транспортировка пациентки с внутриутробным плодом при экстремально ранних, ранних и преждевременных родах на 3 уровень оказания медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах». Показания для транспортировки при угрожающих преждевременных родах: угрожающие или начавшиеся преждевременные роды; излитие околоплодных вод при отсутствии родовой деятельности; из МО I группы: от 22 до 36,6 недель.

Алгоритм действий при угрожающих или начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I и II группы (уровня):

1. Определить точный срок беременности, показания и противопоказания для перевода пациентки в стационар III группы.
2. Определить показания, противопоказания к токолизу и выбрать токолитик.
3. Начать профилактику РДС при сроке беременности от 24 до 34,0 недель **(при любом сомнении в истинном гестационном сроке стоит трактовать в сторону меньшего и провести профилактику)**. Начинать сразу при поступлении пациентки.
4. Начать профилактику инфекционных осложнений.
5. Информировать врача-акушера-гинеколога АДКЦ для определения дальнейшей тактики ведения, способа эвакуации. Все рекомендации внести в медицинскую документацию.
6. Способ эвакуации определяется конкретной акушерской ситуацией.
7. Медицинская эвакуация осуществляется в сопровождении врача или акушерки (фельдшера) с «укладкой» на роды, в условиях продолжающегося токолиза и заполнения карты наблюдения при эвакуации беременных с преждевременными родами (приложение №29), которая вместе с

сопроводительным листом (переводным эпикризом) передается врачу приемного отделения или врачу бригады скорой медицинской помощи.

8. При наличии показаний для индуцированных преждевременных родов (тяжелая экстрагенитальная патология с декомпенсацией, угрожающие жизни осложнения беременности, прогрессирующее ухудшение состояния плода) транспортировка проводится только выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой ТЦМК.

9. При отсутствии эффекта от токолиза (сохранение схваткообразных болей внизу живота, наличия динамики со стороны родовых путей и раскрытия шейки матки 3 см и более), а также появлении других противопоказаний — пациентка остается в медицинской организации, транспортировка противопоказана. При наличии показаний анестезиолого-реанимационная акушерская бригада и неонатальная бригада вызывается «на себя» с предварительным докладом в АДКЦ акушерского и неонатологического профилей. Дальнейшее ведение преждевременных родов проводится, согласно Федеральным клиническим рекомендациям (протоколу лечения) «Преждевременные роды».

10. Показания для проведения токолиза:

- клинические проявления: регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин) при сроке беременности от 22 до 33,6 недель;

- динамические изменения со стороны шейки матки (укорочение, сглаживание, увеличение степени раскрытия шейки матки);

- ПСИФР-1 в цервикальном канале. При отсутствии объективных признаков ПР (отсутствие укорочения шейки матки по данным УЗ-цервикометрии и отсутствие положительных результатов тестов на ПР (при их выполнении) токолитическая терапия не рекомендована.

11. Противопоказания к токолизу:

- срок беременности < 22 или > 34 полных недель (проведение токолиза в сроке более 34 недель возможно в случае медицинской эвакуации пациентки с преждевременными родами из медицинских организаций I группы);

- преждевременный разрыв плодных оболочек при беременности в сроке > 30 недель; задержка роста плода и/или признаки дистресса плода;

- хориоамнионит;

- отслойка плаценты;

- состояние, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери, несостоятельный рубец на матке);

- пороки развития плода, несовместимые с жизнью;

- антенатальная гибель плода.

Токолитик	Препарат	Болюсное	Поддерживаю щая	Максимальная	Контроль	Примечание
1 ЛИНИЯ	Атозибан	0,9 мл в/в (1 флакон) без разведения в течение 1 минуты (начальная доза 6,75мг	<i>Сразу после этого в течение 3-х часов проводится инфузия в дозе 300 мкг/мин (скорость введения 24 мл./час или 8 капель/мин. После этого проводится продолжитель ная (до 45 часов) инфузия атозибана в дозе 100 мкг/мин (скорость введения 8 мл./час или 3 капли/мин.).</i>	При необходимо сти в повторном применении атозибана начинать токолиз с 1 этапа, за которым будет следовать инфузионное введение препарата (этапы 2 и 3). Повторное применение можно начинать в любое время после первого применения препарата, повторять его можно до 3 циклов	Под контролем ЧСС, АД, температуры матери каждый час; Непрерывный КТГ мониторинг плода и контроль за сократительно й активностью матки.	С 24 недель
2 ЛИНИЯ	Нифедипин	20 мг per os	Если сокращения матки сохраняются, назначается 3 дозы по 20 мг через 30 минут, затем по 20 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов.	В течение первого часа 40 мг), затем каждые 4 часа по 20 мг до 48 часов. Максимальная доза 160 мг/сутки;	Р, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем каждый час в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа; Непрерывный КТГ- мониторинг плода и контроль за сократительно	Используется off-label, поэтому перед его применением необходимо <u>заключение</u> <u>ВК и ИДС</u> с 24 недель

					й активностью матки	
3 ЛИНИЯ	Гексопрена лин	Болюсное введение 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенно го в 10 мл изотоничес кого раствора, в течение 5- 10 минут	Последующая инфузия со скоростью 0,3 мкг/мин; с использование м внутривенных систем- концентрат для инфузий разводят 500 мл изотоническог о раствора NaCl в/в капельно. Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг) - 120 капель в минуту, 2 ампулы (50 мкг) - 60 капель в минуту и т. д. При использовании инфузоматов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разводят в 50 мл изотоническог о раствора NaCl; скорость введения 0,075 мкг/мин.	430 мкг/сутки	ЧСС, АД, ЧДД матери каждые 15 минут; контроль уровня глюкозы крови каждые 4 часа; контроль объема вводимой жидкости и диуреза; аускультаци я легких каждые 4 часа; состояние плода и сократитель ной активность матки.	С 22 недель

4 ЛИНИЯ	Индометац ин	100 мг ректально	Повторить через час 100 мг, далее по 50мг каждые 4- 6 часов в течение 48 часов	До 1000 мг	Постоянный контроль ЧСС плода	ИДС с.24 недель до 32 недель беременно сти
----------------	-----------------	---------------------	--	------------	-------------------------------------	--

Не рекомендована многокомпонентная токолитическая терапия (≥ 3 лекарственных препаратов) из-за отсутствия исследований, доказывающих безопасность, а также соотношение польза-риск. При ПРПО, начавшихся или запланированных (индуцированных) ПР, в течении 24 часов рекомендовано внутривенное введение магния сульфата в 24,0 - 33,6 недель беременности с целью нейропротекции плода. Противопоказания: миастения, нарушения сердечной проводимости. Схема применения: нагрузочная доза 4 г в течение 20-30 минут, затем 1 г/час в течение 24 часов внутривенно.

Токолиз начинается в ЛПУ и продолжается при транспортировке!!!

!!! Не рекомендована профилактика РДС плода и острый токолиз при отсутствии убедительных данных о неминуемых ПР (длина ш/м >25 мм).

Профилактика РДС плода

12. Показания:

- преждевременное излитие околоплодных вод в 24-34 недели;
- клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели;
- беременные, нуждающиеся в досрочном родоразрешении из-за осложнений беременности или декомпенсации экстрагенитальных заболеваний.

13. Профилактика РДС плода в 34,0 - 35,6 недель беременности может быть рекомендована в случае отсутствия ранее проводимого курса антенатальной профилактики, а также при наличии клинической целесообразности (сахарный диабет).

14. Схемы:

- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг через 24 часа или
- 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг через 12 часов или
- 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов

15. Дексаметазон и бетаметазон являются препаратами off-label в контексте профилактики РДС плода, поэтому перед применением необходимо получить письменное ИДС пациентки на их использование и оформить решение врачебной комиссии.

Возможно проведение «спасительного» (с англ. rescue) (повторного) курса РДС-профилактики спустя 7 дней женщинам, у которых сохраняется угроза преждевременных родов. Не рекомендовано проведение регулярных или серийных повторных курсов (более 2-х) профилактики РДС плода.

Максимальный эффект от применения ГКС отмечается на 2-7 сутки от начала профилактики, при этом, если не удастся провести полный курс, следует все равно начинать профилактику РДС (доказан эффект «неполной дозы»).

16. Антибиотикопрофилактика:

Рекомендовано проведение интранатальной антибиотикопрофилактики беременным с неустановленным статусом о носительстве СГВ. В случае предстоящего кесарева сечения при целом плодном пузыре, а также отрицательном результате посева на СГВ не более 5 недельной давности антибиотикопрофилактика не проводится (не распространяется на пациенток с ПРПО и носительниц СГВ).

17. Абсолютные противопоказания к медицинской эвакуации:

- агональное состояние пациентки;
- несостоятельность хирургического гемостаза,
- продолжающееся кровотечение; прогрессирующая отслойка плаценты; отек головного мозга с прогрессированием дислокационного синдрома;
- прогрессирующая отслойка плаценты;
- рефрактерный шок любого генеза;
- рефрактерная к ИВЛ декомпенсированная дыхательная недостаточность;
- острые дислокационные синдромы в головном мозге до возможности их разрешения;
- эклампсия;
- неэффективность токолиза при преждевременных родах;
- активная фаза родов (раскрытие шейки матки более 3 см).

18. На каждый случай преждевременных родов, произошедших в медицинской организации I-й и II-й групп, проводится внутренний аудит, заполняется форма регионального регистра преждевременных родов и направляется в АДКЦ в формате PDF не позднее 3-х дней после ПР.

Региональный регистр преждевременных родов
(заполняется на каждый случай преждевременных родов, произошедших в
медицинской организации I и II уровней).

ФИО пациентки	
Возраст (полных лет)	
Паритет: - беременность/роды, - в т.ч. наличие 1 и более преждевременных родов, - поздних выкидышей 2 и более, - абортов	
В анамнезе конизация/ампутация шейки матки	
Стрессы на работе и в семье	
Низкий социальный статус	
Алкогольная/никотиновая интоксикация	
Наличие любой цервико-вагинальной инфекции, инфекции мочевыводящих путей, ИППП	
Наличие по УЗИ: - Многоводие - Преждевременное созревание плаценты - Предлежание плаценты -ВПР	
Тяжелые соматические заболевания матери	
Травмы, хирургические вмешательства во время беременности	
Наличие ИЦН/коррекция	
Срок родов: - 22-27,6 недели - 28-30,6 недель - 31-33,6 недель - 34-36,6 недель	
Родов через естественные родовые пути	
Спонтанных, из них: - излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности; регулярная родовая деятельность	

Индуцированных, из них: - Показания со стороны матери (тяжелая преэклампсия, ПОНРП, кровотечение и т.п.) Показания со стороны плода (ухудшение состояния плода, антенатальная гибель)	
Профилактика РДС плода была необходима: да/нет	
Полностью курс проведен в полном/неполном объеме	
Экспозиция достигнута: да/нет	
Вызов санитарной авиации: был/не был	
Эвакуирована/нуждалась в эвакуации	
Самостоятельная эвакуация	
Нуждались в токолизе	
Токолиз проведен/не проводился (почему)	
Проведен - чем: - Атозибан - Бетамиметики - Нифедипин - Индометацин - Магния сульфат	
Быстрые роды	
Роды способом операции кесарева сечения	
Показание к операции: -ПОНРП - Предлежание плаценты - Маточное кровотечение - Тяжелая преэклампсия/эклампсия - Декомпенсированная ФПН - Другое	
Расширения операции (какие)	
Осложнения операции	
Родилось детей всего	
Из них: двоен троен	
Менее 500,0 г	
- 500 - 749 г	
- 750-999 г	
- 1000 - 1499 г	
- 1500- 1999 г	
- 2000 - 2499 г	
- 2500 - 2999 г	

Более 3 кг	
Аntenатальная гибель	
Интранатальная	
Умерло в раннем неонатальном периоде	
Переведено новорожденных на II-й этап санавиацией	
Младенческая смертность	
Причина преждевременных родов (вероятная)	
Случай управляемый/неуправляемый	
ФИО медицинского работника, подпись	

**Карта наблюдения при эвакуации беременных с преждевременными
родами.**

Медицинская организация	
Ф.И.О. пациентки	
Срок гестации	
Время доставки в МО I группы (Дата, час, мин)	«__»__202__ г.)__ час.__ мин.
Время начала токолиза (Дата, час, мин)	«__»__202__ г.)__ час.__ мин.
Время начала эвакуации (Дата, час, мин)	«__»__202__ г.)__ час.__ мин.
Метод токолиза	
Лекарственное средство	
Нагрузочная доза + Время: час, мин.	
Поддерживающая доза	
Оценка состояния матери и плода	
АД	
Пульс	
ЧСС плода	
Маточные сокращения	
Выделения из половых путей	
Дексаметазон/бетаметазон (Доза, путь выделения)	
Антибиотики (препарат, доза, путь введения)	
Время доставки в МО (II) III группы (Дата, час, мин)	«__»__202__ г.)__ час.__ мин.
Подпись сопровождающего лица (должность, Ф.И.О., подпись)	

**Порядок
направления пациенток на консультацию и госпитализацию в
Федеральные медицинские организации.**

1. Направление беременной с осложнённым течением беременности (высокой степени риска) на консультацию или госпитализацию в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной/высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» осуществляется в соответствии с порядком организации оказания специализированной/высокотехнологичной медицинской помощи, руководствуясь Приказами МЗ РФ от 23.12.2020г. №1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» и от 11.01.2025г. №186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

2. Медицинскими показаниями для направления в федеральные медицинские организации являются:

- а) нетипичное течение заболевания при беременности и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- б) необходимость применения методов лечения, не выполняемых в региональных медицинских организациях;
- в) высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением беременности/основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;
- г) необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подпунктами «а» - «в» настоящего пункта;
- д) необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациенток с осложненным течением беременности в связи с осложненными формами основного заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;
- е) необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации;

ж) наличие у пациентки заболевания и (или) состояния, требующих применения высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

3. Направление на такое лечение выдает лечащий врач или врач-специалист той медицинской организации, в которой беременная уже проходит наблюдение/диагностику и лечение после проведения телемедицинской консультации с Федеральными клиниками и получения в ходе ТМК разрешения на госпитализацию.

4. Лечащий врач/врач, осуществляющий ведение беременности через информационную систему или на бумаге формирует комплект необходимых документов – направление на госпитализацию, выписку из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и его законного представителя.

5. Федеральная медицинская организация может принять решение:

- об отсутствии медицинских показаний для госпитализации (с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению или лечению беременной по профилю её заболевания);
- о необходимости проведения дополнительного обследования;
- о наличии показаний для направления в иной федеральный медицинский центр (с указанием, в какой именно);
- о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации, с рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и лечению беременной.

6. Информация о федеральных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в разрезе профилей и условий ее оказания размещается на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) в сети Интернет.

7. Лечащий врач при направлении пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи определяет наличие одного или нескольких медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, предусмотренных в пункте 2 настоящего Порядка.

8. В случае наличия на территории проживания населения, в том числе в закрытых административно-территориальных образованиях, федеральной медицинской организации, которая является единственной оказывающей специализированную медицинскую помощь на данной территории, направление пациентов в указанную медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи осуществляется лечащим врачом без учета медицинских показаний, указанных в пункте 7 настоящего Порядка.

9. При направлении пациенток в федеральную медицинскую организацию лечащий врач формирует с использованием информационных систем в сфере здравоохранения в форме электронного документа, а при отсутствии у медицинской организации доступа к указанным информационным системам - на бумажном носителе, следующие документы:

а) направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, которое содержит следующие сведения: фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания); номер страхового полиса обязательного медицинского страхования и наименование страховой медицинской организации (при наличии); страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);

б) код основного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10);

в) результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи;

г) профиль показанной пациентке (беременной, родильнице) специализированной/высокотехнологичной медицинской помощи и условия ее оказания (стационарно, в дневном стационаре);

д) наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи, или обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации (в случае возможности выбора обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации);

е) фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии). При формировании направления на госпитализацию в форме документа на бумажном носителе оно должно быть написано разборчиво или сформировано в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации.

При формировании направления на госпитализацию в форме электронного документа оно подписывается усиленными квалифицированными электронными подписями лечащего врача, руководителя направляющей медицинской организации (уполномоченного лица);

а) выписка из медицинской документации, которая должна содержать диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенных диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи;

б) сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

Порядок организации пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

1. Руководители, заведующие женскими консультациями государственных медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи РСО-Алания (далее - ПМСП) обеспечивают:

1.1. Своевременное, трехкратное (11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней и 18 недель - 20 недель 6 дней, 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней) проведение ультразвуковой пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития плода (направление на проведение ультразвуковой пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития плода) всем, без исключения, беременным, вставшим на учет в срок до 14 недель, в соответствии с утвержденным листом маршрутизации с оформленным талоном-направлением для проведения скринингового ультразвукового исследования в 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней

1.2. Наличие дублирующего состава врачей по ультразвуковой пренатальной (дородовой) диагностике, проводится врачами специалистами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по специальности «ультразвуковая диагностика» по вопросам ультразвуковой диагностики развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг). В случае договора с частной медицинской организацией на проведение 1 пренатального скрининга, обеспечить забор крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРРА и св. - ХГЧ у женщины в 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, форма которого предусмотрена приложением N 8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом N 1130н (далее - талон-направление).

1.3. Забор крови производится по месту наблюдения беременной. Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРРА и св.-ХГЧ у женщины в 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней беременности с данными УЗИ для расчета рисков по программе Astraia хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, форма которого предусмотрена приложением N 8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом №1130н (далее - талон-направление №1), доставляются в лабораторию пренатального скрининга в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания в день проведения ультразвуковой пренатальной (дородовой) диагностики, максимально допустимое отклонение составляет 1 сутки от даты проведения

ультразвуковой пренатальной (дородовой) диагностики. Расчет

индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями по программе Astraia осуществляется на основании результатов исследования уровня сывороточных маркеров и информации талона-направления №1, по итогам которого беременные разделяются на группы риска:

- группа высокого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше (далее группа высокого (1:100 и выше) риска);
- группа среднего риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:101 - 1:1000 (далее - группа среднего (1:101 - 1:1000) риска);
- группа низкого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:1001 и ниже (далее - группа низкого (1:1001 и ниже) риска).

Заключение по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляется лечащему врачу в медицинскую организацию, в которой проводится наблюдение за течением беременности, в том числе для последующего внесения в учетную форму №111/у-20 и в учетную форму №113/у-20, а также в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ I триместра.

1.4. Беременным из групп среднего (1:101 - 1:1000) и высокого (1:100 и выше) риска (за исключением случаев выявления признаков порока развития плода по результатам скринингового УЗИ I триместра) показано выполнение неинвазивного пренатального теста (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) - неинвазивного пренатального ДНК-скрининга (далее – неинвазивный пренатальный тест)

1.5. Направление беременных из группы высокого риска по хромосомным аномалиям и с подозрением на врожденные пороки развития плода, для проведения ультразвукового подтверждающего исследования, включая экспертную нейросонографию и эхо-кардиографию плода, с целью установления или подтверждения диагноза в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания (при наличии УЗИ аппарата премиум (экспертного) класса).

Беременные с высоким риском задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии в течение 7 дней со дня получения лечащим врачом медицинской организации, в которой проводится наблюдение за течением беременности, заключения по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями по программе Astraia направляются на консультацию в АДКЦ. Дальнейшее наблюдение за течением беременности и маршрутизация беременной осуществляется под контролем специалистов АДКЦ.

1.6. Руководители женских консультаций своевременно направляют беременных женщин с высоким риском по хромосомным нарушениям у плода и (или) подозрением на врожденные аномалии (пороки развития) у плода, по результатам скрининговых исследований, к врачу генетику в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания для проведения медико-генетического консультирования. Медицинские показания к проведению инвазивной пренатальной диагностики и метод ее проведения определяют совместно врач-генетик и врач-акушер-

гинеколог осуществляющий диспансерное наблюдение по беременности или АДКЦ.

Инвазивная пренатальная диагностика показана беременным:

- при повышенном риске моногенной и (или) хромосомной аномалий у плода (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатального скрининга I триместра;
- с выявленными признаками пороков развития плода по результатам скринингового УЗИ I триместра;
- с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам повторного скринингового УЗИ I триместра;
- с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам неинвазивного пренатального теста.

1.7. Своевременное направление беременных женщин с пренатально выявленными пороками развития плода и подтвержденными хромосомными аномалиями, в соответствии с приложением №35 к настоящему приказу, на перинатальный консилиум врачей на базе ГБУЗ РКБ МЗ РСО-Алания для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременной.

В случае отказа беременной от посещения консилиума, заведующий женской консультации информирует главного внештатного генетика МЗ РСО-Алания о данной пациентке и об отказе от консилиума.

1.8. Предоставление сведений в лабораторию ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания о реализации мероприятий по пренатальной диагностике на хромосомные аномалии (ХА), врожденные пороки развития плода (ВПР), большие акушерские синдромы и по фетальной хирургии до 5 числа ежемесячно по форме для внесения предоставляемых сведений в программу Astraia расчета индивидуального комбинированного риска и соблюдения принципа обратной связи, в соответствии с приложением № 42 к настоящему приказу;

2. Главный врач ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания обеспечивает:

2.1. назначение ответственного должностного лица за проведение комбинированного пренатального скрининга I триместра;

2.2. Обязует должностное лицо, ответственное за проведение комбинированного пренатального скрининга I триместра обеспечить:

- проведение биохимического скрининга образцов крови беременных женщин для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией и риска развития преэклампсии по программе Astraia на территории РСО-Алания;

- соблюдение технической составляющей (работа с программным обеспечением, внесение сведений о беременных и об исходах родов);

- выдачу результатов в течение 1-2 суток с момента доставки крови беременной в лабораторию;

- сбор и внесение данных обратной связи по программе расчета рисков;

- ежеквартальное (до 8 числа) предоставление «отчета о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка» начальнику отдела организации и контроля качества медицинской помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения РСО-Алания; главному внештатному акушер-гинекологу МЗ РСО-Алания по амбулаторно-поликлинической помощи.

2.3. Назначение ответственного(ых) должностного(ых) лица(лиц), с соответствующей профессиональной подготовкой, за проведение ультразвуковых пренатальных исследований II подтверждающего экспертного уровня;

2.4. Предоставляет начальнику отдела организации и контроля качества медицинской помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения РСО-Алания копий приказов о назначении ответственного должностного лица за проведение комбинированного пренатального скрининга I триместра.

3. Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения РСО-Алания по пренатальной диагностике обеспечивает:

3.1. Мониторирование качества ультразвуковой пренатальной диагностики в государственных медицинских организациях РСО-Алания;

3.2. Проведение 1 раз в квартал аудита корректности скрининговой эхографии для специалистов, имеющих допуск к пренатальной ультразвуковой диагностике;

3.3. Информирование 2 раза в год руководителей государственных и негосударственных учреждений о пропущенных пороках развития плода врачами, осуществляющими УЗИ-скрининг в ЛПУ;

3.4. Предоставление начальнику отдела организации и контроля качества медицинской помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения РСО-Алания и в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания ежемесячную информацию о выявленных пороках развития у плода и о наличии женщин высокой группы акушерского риска по преэклампсии, задержки роста плода, преждевременных родов

3.5. Контроль получения допуска врачами ультразвуковой диагностики по работе со скрининговой программой по расчету комбинированного риска.

4. Главный врач ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения РСО-Алания обеспечивает:

4.1. Проведение пренатального консилиума для оказания консультативно-диагностической помощи беременным группы высокого риска по материнской и перинатальной патологии;

4.2. Проведение телемедицинских консультаций беременным группы высокого риска по материнской и перинатальной патологии с федеральными дистанционными консультативными центрами для определения дальнейшей тактики ведения.

5. Главный внештатный генетик Министерства здравоохранения РСО-Алания обеспечивает предоставление ежеквартальной информации о выявленных и пропущенных пороках развития плода, а также данные по цитогенетическим исследованиям плодов главному внештатному акушеру

Министерства здравоохранения РСО-Алания и главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения РСО-Алания по пренатальной диагностике и в ГБУЗ «РЦОЗС и Р» МЗ РСО-Алания.

6. Руководитель ГБУЗ «РПАБ» МЗ РСО-Алания обеспечивает проведение обязательного патолого - анатомического исследования абортусов, плодов и последов после прерывании беременности по показаниям со стороны плода (врожденные аномалии и пороки развития, хромосомные синдромы), передачу результатов исследований главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения РСО-Алания по пренатальной диагностике, главному внештатному генетику Министерства здравоохранения РСО-Алания и в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания

7. Главный врач ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания обеспечивает взятие крови на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), транспортировку в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, получение результата и передачу по месту наблюдения.

8. При наличии показаний для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) не позднее 48 часов с момента получения результатов ПС беременная должна быть вызвана на консультацию акушера-гинеколога по месту наблюдения.

В случае установления среднего риска (1:101 – 1:1000) беременная направляется в регистратуру ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания с полным пакетом необходимых документов.

В случае установления высокого риска (1:100 и выше) по результатам ПС беременной выдается направление на повторное УЗИ плода и консультацию врача - генетика и перерасчет риска, для решения вопроса о проведении ИПД и /или НИПТ. При необходимости проведения этого исследования врачом, ведущим диспансерный учет, данная беременная направляется в регистратуру ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания с полным пакетом необходимых документов, обозначенных в соответствующих приложениях №44,48 к настоящему приказу.

Перечень медицинских организаций, осуществляющих диспансерное наблюдение по беременности и выдающих направление 057/у (форма утверждена Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.09.2025 №519):

1. ГБУЗ «Поликлиника №1» МЗ РСО Алания,
2. ГБУЗ « Поликлиника №1» МЗ РСО Алания, филиал № 4
3. ГБУЗ « Поликлиника №4» МЗ РСО Алания,
4. ГБУЗ « Поликлиника №4» МЗ РСО Алания, филиал № 2
5. ГБУЗ « Поликлиника №7» МЗ РСО Алания
6. ГБУЗ « Пригородная ЦРБ» МЗ РСО Алания
7. ГБУЗ « Правобережная ЦРБ» МЗ РСО Алания
8. ГБУЗ « Алагирская ЦРБ» МЗ РСО Алания
9. ГБУЗ « Кировская ЦРБ» МЗ РСО Алания

10. ГБУЗ « Ардонская ЦРБ» МЗ РСО Алания
11. ГБУЗ « Дигорская ЦРБ» МЗ РСО Алания
12. ГБУЗ « Ирафская ЦРБ» МЗ РСО Алания
13. ГБУЗ « Моздокская ЦРБ» МЗ РСО Алания
14. ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» г. Владикавказ

Взятие крови осуществляется в ГБУЗ «РЦОЗС и Р» МЗ РСО-Алания
каждый вторник до 15:00, среду до 12:00 при необходимости.

**Алгоритм организации и проведения пренатальной (дородовой)
диагностики на территории Республики Северная Осетия-Алания.**

1. При сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней, 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней и 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней проводится оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг).
2. Оценка антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней и 18 недель - 20 недель 6 дней проводится врачами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по специальности «ультразвуковая диагностика» по вопросам ультразвуковой диагностики развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг).
3. Для проведения оценки антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней (далее - пренатальный скрининг III триместра) беременная направляется в медицинскую организацию, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую в том числе работу (услугу) по ультразвуковой диагностике.
4. При сроке беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики (УЗИ I уровня), для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей УЗИ врачами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по специальности «ультразвуковая диагностика» по вопросам ультразвуковой диагностики развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг), и взятия крови для определения в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-А материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией по программе Astraia.
5. В женских консультациях при заполнении талона-направления на проведение скринингового исследования в 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней беременности проводится измерение роста, веса и артериального давления.
6. Врачами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по специальности «ультразвуковая диагностика» по вопросам ультразвуковой диагностики развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг) в целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и

преэклампсии выполняется ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия с занесением данных в талон-направление.

7. При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I и II триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет на УЗИ в целях подтверждения группы высокого риска и далее к врачу генетику для медико-генетического консультирования.

8. В случае пренатального выявления врожденных аномалий или пороков развития у плода, определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

9. С целью искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременная женщина направляется в гинекологическое отделение ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 недели и более проводится в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара

Маршрутизация беременных на скрининговые/внескрининговые исследования.

Территория обслуживания	I скрининг (11-14 недель)	II скрининг (19-21 неделя)	III скрининг (34-36 неделя)	Внескрининговые исследования
ГБУЗ «Алагирская ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания	медицинская организация, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности	По показаниям
ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Дигорская ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Ирафская ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Кировская ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Моздокская ЦРБ» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Правобережная ЦРКБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Пригородная ЦРБ» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания		
«Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания	«Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания	«Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания Филиал № 2 Женская консультация	ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 1» МЗ РСО-Алания		
ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания		

ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО-Алания Филиал № 2 Женская консультация	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО- Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 4» МЗ РСО- Алания		
ГБУЗ «Поликлиника № 7» МЗ РСО-Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 7» МЗ РСО- Алания	ГБУЗ «Поликлиника № 7» МЗ РСО- Алания		
ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» г. Владикавказ	ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО- Алания	ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» Г. Владикавказ	ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» Г. Владикавказ	ЧУЗ «Клиническая больница РЖД Медицина» Г. Владикавказ
Повторное подтверждающее ультразвуковое исследование группы высокого риска	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям

Форма журнала по исходам беременности.

ФИО (обе)	ж/ к по л. № Вр ач	врач УЗИ ФИО. Дата провед ения, наличи е ВПР по УЗИ, риск по б/х скрини нгу	Консультация генетика дата, врач, рекомен дации	От каз от ИП Д	Дата и тип (БВХ, АЦ, ПЦ,КЦ) ИПД, наимено вание ЛПУ ФИО врача	Резул тат карио типа	Дат а род ов ЛП У	ФИО (обе), пол новорожд енного (абортуса)	Мас са рос т, оце нка по Апг ар	Заключите льный диагноз +УЗИ, МРТ	Дата смерт и, ВПР по данн ым вскр ытия Д-з по МКБ
--------------	--------------------------------------	--	--	----------------------------	--	-------------------------------	--------------------------------------	---	---	---	--

Зав. женской консультацией

Ф.И.О. Подпись

**Форма отчета о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой)
диагностике нарушений развития ребенка за _____ год.**

№		Итого за 1 квартал	Итого за 2 квартал	Итого за 3 квартал	Итого за 4 квартал	Итого год
1.	Взято женщин на учет по беременности в женских консультациях всего:					
	Из них в сроке до 14 недель:					
2.	Подлежало обследованию					
	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 нед, всего:					
	Данные программы АСТРАЙЯ					
	группа риска 1:100 и выше					
3.	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 нед, всего:					
	Из-за позднего (позже 14 нед) обращения в женскую консультацию на учет по беременности:					

4.	Из-за отказа от обследования на экспертном уровне:					
	Малый срок					
	Неэкспертный уровень					
	Самопроизвольные выкидыши					
	Другие причины указать:					
	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель					
	Из них:					
	По результатам УЗИ					
	По материнским сывороточным маркерам (РАРР-А, ХГЧ)					
	По сочетанным маркерам (УЗИ, РАРР-А, ХГЧ)					
5.	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода направленных на пренатальную инвазивную диагностику					
	Число прошедших инвазивное обследование:					
	Отказавшиеся от инвазивного обследования					
6.	Количество проведенных инвазивных процедур всего:					

	Из них:					
	биопсия ворсин хориона					
	плацентоцентез					
	амниоцентез					
	кордоцентез					
7.	Выявлено хромосомной патологии у плода всего:					
	Из них:					
	Синдром Дауна					
	Синдром Эдвардса					
	Синдром Патау					
	Синдром Шерешевского-Тернера					
	Синдром Кляйнфельтера					
	Другие хромосомные аномалии					
8.	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ВПР) в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития, всего:					
9.	Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития					
	Из них:					
	в сроке до 14 недель					
	в сроке до 22 недель					
	в сроке после 22 недель					
	Из них по хромосомной патологии					
	По нежизнеспособным ВПР					
	Из числа прерванных диагноз подтвержден патологоанатомически					

10 .	Число женщин, отказавшихся от прерывания беременности					
11 .	Число родившихся детей с пороками у женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития					
	Из них не диагностированы при обследовании					
12 .	Число родившихся детей с пороками у женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой диагностике нарушений развития					
13 .	Число умерших детей в возрасте 0-1 год от ВПР					
	Из них: ВПР не был диагностирован до рождения					

**Талон-направление
на исследование сывороточных маркеров
РАРР-А и св. β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности
с данными УЗИ для расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ.**

Данные о пациентке заполняются по месту наблюдения беременной женщины | штрих-код
|

ФИО беременной: _____

Дата рождения: _____. Номер карты беременной: _____

Адрес проживания: Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____

Район: _____ Нас. пункт: _____ г. _____

Телефон: _____ Профессия: _____

Город: _____ Номер Ж/К: _____

ФИО врача _____ Конт.тел.: _____

АНАМНЕЗ: Первый день последней менструации _____ Дата последних родов _____

Последние роды в сроке
_____ нед _____

Количество беременностей (всего) _____ Количество родов (всего) _____

Количество родов в сроки 16-30 _____

Количество родов в сроки 31-36 _____

Количество родов после 37 недель _____

Этническая группа: белая; негроидная раса; Южная Азия; Восточная Азия; другое (подчеркнуть)

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

Сахарный диабет: нет; I тип; II тип (подчеркнуть)

Лечение: инсулин, метформин; инсулин – метформин; диета; другие препараты: _____

Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)

Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)

Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)

Преэклампсия при предыдущей беременности у данной пациентки: да; нет (подчеркнуть)

Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности: да, нет (подчеркнуть) если да, указать массу плода _____ гр. срок беременности на момент родов _____ нед _____ дн

Семейный анамнез: была ли преэклампсия у родной сестры пациентки; у матери пациентки; не было ни у кого (подчеркнуть)

Зачатие: естественное; ЭКО; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)

Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации _____ лет;

донорская яйцеклетка: возраст донора на период консервации _____ лет;

донорский эмбрион: возраст донора на период консервации _____ лет;

Хромосомные аномалии плода или ребенка в анамнезе: трисомия 21; трисомия 18; трисомия 13 (подчеркнуть)

Данные об обследовании Адрес КАОП (город) _____
(заполняются в КАОП учреждений 2-й группы)

Вес _____ (кг) **Рост** _____ (см)

Артериальное давление: левая рука (2 измерения) _____ / _____ : _____ / _____ мм.рт.ст.

правая рука (2 измерения) _____ / _____ ; _____ / _____ мм.рт.ст.

Дата УЗИ _____ **Врач УЗИ** _____ ID _____

Количество плодов: _____

Для многоплодной беременности указать: дихориальная,

Монохориальная: диамниотическая/моноамниотическая (подчеркнуть)

Плод 1 ЧСС _____ уд/мин КТР (мм) ТВП _____ (мм)

Носовая кость Норма, аплазия/гипоплазия, четко не видна (подчеркнуть)

Венозный проток ПИ _____ Трикуспидальный клапан: Норма, Реверс (подчеркнуть)

Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле мм с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис _____ мм

Плод 2 ЧСС _____ уд/мин КТР (мм) ТВП _____ (мм)

Носовая кость Норма, аплазия/гипоплазия, четко не видна (подчеркнуть)

Венозный проток ПИ _____ Трикуспидальный клапан: Норма, Реверс (подчеркнуть)

Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле мм с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис _____ мм

ПИ в маточных артериях _____ слева _____ справа Шейка матки _____
(мм)

Биохимический скрининг: *Дата взятия крови:* _____

ФИО и подпись медсестры ОК ПД: _____

Подпись и печать врача КОАП

Примечание:

1. Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска ХА, ЗРП, ПР, ПЭ и статистического учета случаев
2. Для расчета риска ХА в КАОП допускается измерение одного основного маркера, ТВП

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

Название медицинской организации, адрес ее место нахождения	
Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности нед ____ дней
Вид исследования- трансабдоминальный/трансвагинальный (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Хориальность/ амниальность при многоплодии (указать)	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ (указать); отсутствует (подчеркнуть)	
Фетометрия (мм), соответствует сроку беременности:	
Копчико-теменной размер _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней Бипариетальный диаметр _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней Окружность головы _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней Другие фетометрические показатели (по показаниям) _____	
Толщина воротникового пространства _____ мм	
Оценка дополнительных УЗ-маркеров хромосомных аномалий	
Носовая кость: визуализируется; не визуализируется; не удалось оценить (подчеркнуть)	
Трикуспидальная регургитация: да; нет (подчеркнуть)	

Пулсационный индекс (далее-ПИ) венозном протоке (указать) _____		
Анатомия(указать: норма, выявлены изменения, не удалось оценить)		
Голова: - череп - срединные структуры - сосудистые сплетения	Живот: - желудок - кишечник - передняя брюшная стенка - мочевого пузырь	
Лицо: - глазницы - профиль	Позвоночник:	
Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез	Конечности: - Правая и левая рука (включая кисти) - Правая и левая нога (включая стопы)	
Врожденные пороки развития плода: не обнаружено (подчеркнуть); обнаружено (описать):		
Особенности строения плода: (указать)		
Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя; задняя; дно матки (подчеркнуть), другое (указать) _____ Пуповина: количество сосудов (указать) _____ Место прикрепления к плаценте: центральное; краевое; оболочечное; не удалось осмотреть (подчеркнуть) Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма; выявлены изменения)		
Шейка матки (цервикометрия) _____(мм) ПИ в маточных артериях _____слева _____справа		
Визуализация: -удовлетворительная(подчеркнуть)/затруднена в связи с(указать причину): _____		
Заключение:		
Беременность _____нед _____дней		
Рекомендации:		
Ф.И.О.врача ультразвуковой диагностики:		

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

Номер исследования	Дата исследования
Ф.И.О. беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности _____ нед _____ дней
Срок беременности по скрининговому УЗИ в I триместре _____ нед _____ дней (при несоответствии гестационному сроку)	
Вид исследования (трансабдоминальный/трансвагинальный) (подчеркнуть) Количество плодов (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ ритмичное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) _____	
Фетометрия (оценить в мм с указанием соответствия перцентильным значениям при отклонении)	
Бипариетальный размер (БПР) _____ мм(_____)	Окружность живота (ОЖ) _____ мм(_____)
Окружность головы _____ мм(_____) (ОГ)	Длина бедра (ДБ) _____ мм(_____)
Длина других костей	
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры не симметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть)	
Предполагаемая масса плода _____ грамм (указать перцентиль для данного срока)	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения, не удалось оценить)	
Голова: - кости свода черепа - полость прозрачной перегородки - срединные структуры	Расположение внутренних органов (подчеркнуть) Нормальное (situssolitus), Зеркальное (situsinversus),

-задние рога боковых желудочков: справ Мм слева _мм а _____ мозжечок _мм, мм, (указать проценты для данного срока) Большая цистерна _____мм	Неопределенное (situsambiguous) Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез - срезы через сосуды и трахею - левый выносящий тракт - правый выносящий тракт
Лицо: - губы - профиль - глазницы - нос, ноздри	- Брюшная полость - желудок - кишечник - почки - мочевого пузыря область пупочного кольца

Шея:	
Позвоночник:	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Грудная клетка:	
Врожденные пороки развития плода:	Не обнаружено (подчеркнуть) Обнаружено (описать):
Особенности строения плода: наличие эхо-маркеров ХА (подчеркнуть)	
Укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, вентрикуломегалия, другое (указать)	

Плацента: - расположение: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть) - структура: норма, выявлены изменения (указать)_____. - положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на _____мм, доходит, перекрывает область внутреннего зева) Кесарево сечение в анамнезе: да, нет (подчеркнуть) Если да, перекрывает ли плацента область послеоперационного рубца: да, нет (подчеркнуть)	
Количество вод (подчеркнуть: норма, маловодие, многоводие), при изменении количества вод: ИАЖ_____мм, либо МВК _____мм	
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения)	
Шейка матки (цервикометрия) _____(мм)	Количество сосудов пуповины (указать): Место прикрепления к плаценте: (подчеркнуть) центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть
Визуализация: -удовлетворительная(подчеркнуть),- затруднена в связи с _____(указать)	
Заключение: Беременность_____нед. _____дней	
Рекомендации:	
Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики	

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

При многоплодной беременности значения показателей оформляются дробью/Значение показателей верхнего плода

Нагрузка врача пренатальной ультразвуковой диагностики.

Нагрузка врача ультразвуковой диагностики в медицинских организациях акушерского профиля второй группы/уровня (женские консультации, акушерские и гинекологические отделения ЛПУ) определяется в соответствии с приказом от 19 декабря 2025 года №747н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» и приказом от 08 июня 2020 года №557н «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований» МЗ РФ.

Приложение №7 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. №747н, определяет рекомендуемые штатные нормативы кабинета антенатальной охраны плода, созданного в структуре медицинской организации оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь, второй группы (уровня):

-1 должность в смену на 2 500 ультразвуковых скрининговых исследований на одного врача в год.

Приложение №7 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025г. №747н, определяет рекомендуемые штатные нормативы кабинета антенатальной охраны плода, созданного в структуре медицинской организации оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь, третьей группы (уровня) - (ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания).

- 1 должность на 1250 беременных, относящихся к группе высокого риска рождения ребенка с генетической патологией и (или) пороками развития, в год.

Примечание: гигиенические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования «Руководство Р 2.2.4/2.2.9.2266—07 (пункт 6.11 Организация и проведение ультразвуковых диагностических исследований)». Врачи УЗД должны соблюдать режимы труда: рекомендуется устраивать два 10-минутных перерыва в течение рабочей смены для проведения физиотерапевтических процедур и других профилактических процедур.

Показания к проведению повторного скринингового ультразвукового исследования и комплексного расчета индивидуального риска в целях подтверждения группы высокого риска.

Независимо от срока беременности:

1. Врожденные пороками развития плода.
2. Эхографические маркеры хромосомных и других наследственных болезней (аномальным количеством околоплодных вод (мало- и многоводие)). После осмотра данной категории беременных, при отсутствии ВПР, далее пациентки осматриваются в женских консультациях.
3. Беременные с сахарным диабетом на инсулинотерапии в сроке 28-32 недели.
4. Монохориальная диамниотическая двойня, монохориальная моноамниотическая двойня.
5. Беременные женщины с отклонениями в уровне сывороточных маркеров крови (PPAP-A - менее 0,2 МоМ, ХГЧ - более 4 МоМ).
6. Группа высокого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше. При отсутствии ВПР в первом триместре, во II триместре - при наличии высоких рисков (1:100 и выше), далее пациентки осматриваются в женских консультациях.
7. Беременные женщины с отягощенным генетическим анамнезом:
 - в возрасте 40 лет и старше в I триместре;
 - во II триместре - при наличии высоких рисков (1:100 и выше).
8. Кровнородственный брак (I и II триместры).
9. Все беременные в I триместре, имеющие в анамнезе рождение ребенка с ВПР, хромосомной или моногенной болезнью в анамнезе.
10. Беременные с установленным семейным носительством хромосомной или генной мутации.

Беременная должна поступать на второй уровень обследования с результатами всех предыдущих ультразвуковых исследований (в виде ксерокопий), проведенных при данной беременности и с результатами биохимического скрининга, с консультацией генетика (если такая проводилась)!!!

Показания к медико-генетическому консультированию.

1. Подтверждение врожденных аномалий при УЗИ в любые сроки беременности (некоторые особенности строения плода не являются основаниями для медико-генетического консультирования – см.*).
2. Наличие при УЗИ подтверждающего уровня 2-х и более маркеров хромосомных аномалий до 22 недель беременности.
3. Индивидуальный риск хромосомных аномалий по раннему пренатальному скринингу (программа Astraia) более 1% (1:100).
4. Высокий риск хромосомных аномалий по результату НИПТ.
5. Наличие хромосомных или наследственных заболеваний у одного из родителей для проведения инвазивной пренатальной диагностики плоду при наличии показаний.

***Не являются показаниями для медико-генетической консультации:*

- пиелозктазии без гидронефроза,
- кисты сосудистых сплетений,
- нарушение ритма сердца плода,
- изолированный гиперэхогенный кишечник,
- изолированный гиперэхогенный фокус в миокарде сердца,
- укорочение длинных трубчатых костей менее 2 недель от гестационного срока,
- многоводие,
- маловодие,
- единственная артерия пуповины,
- задержка роста плода,
- изолированные маркеры, такие как гипоплазия носовой кости, реверс в венозном протоке, трикуспидальная регургитация при условии низкого комбинированного индивидуального риска, а также возраст супругов старше 35 лет,
- средний риск ХА (101-1000 по раннему пренатальному скринингу),
- результат анализа PRISCA,
- отягощенный анамнез – роды или прерывание беременности с изолированными ВПР или ХА спорадического (случайного) генеза.

При себе необходимо иметь:

1. Направление (оформляется по установленной форме, заверенное штампом и печатью направившего учреждения, подписью врача и заведующей ж/к).
2. Паспорт, медицинский страховой полис.

3. Копию и оригинал ультразвукового исследования, сделанного в КАОП/ОАОП.
4. Копию и оригинал раннего пренатального скрининга.
5. При консультации по семейному анамнезу – медицинскую документацию, подтверждающую наличие хромосомной/генной патологии в семье: результаты анализов, заключение генетика.
6. При медико-генетическом консультировании по прерыванию беременности по медицинским показаниям в анамнезе – заключение пренатального консилиума, выписка из гинекологического отделения, УЗИ плода (при наличии).

Положение о перинатальном консилиуме.

1. При выявлении методами пренатальной диагностики (ультразвуковое исследование, МРТ плода, специализированная нейросонография/эхокардиография, пренатальное кариотипирование, молекулярная диагностика) врожденных синдромов и/или аномалий развития плода (код по МКБ-Х - Q00 - Q99) с неблагоприятным прогнозом для жизни плода и/или приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов последующего эффективного лечения, при сроке беременности 12 и более недель показано проведение перинатального консилиума в целях индивидуального решения вопроса о целесообразности, показаниях и противопоказаниях для искусственного прерывания беременности, независимо от срока беременности.

2. Перинатальный консилиум проводится один раз в неделю и организуется на базе учреждения третьего уровня (группы) - ГБУЗ «РКБ» МЗ РСО-Алания. При диагностированных ПРП, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи новорожденному, проводится консилиум врачей в составе врача акушер-гинеколога, врача-неонатолога и врача-специалиста по профилю выявленного ПРП.

3. В состав перинатального консилиума могут включаться участвующие в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком №193н заместитель главного врача перинатального центра (далее - руководитель перинатального консилиума), врач-акушер-гинеколог и заведующие отделением - врачи-специалисты по профилю основного заболевания беременной при наличии выявленного тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, или по профилю заболевания (состояния) плода, врач-неонатолог, врач-генетик и врач ультразвуковой диагностики кабинета (отделения) антенатальной охраны плода при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода. К работе перинатального консилиума может привлекаться медицинский психолог (психолог). Участие специалистов может осуществляться дистанционно с использованием современных средств передачи данных и телекоммуникации. По желанию беременной женщины участие в консилиуме могут принимать ее законные представители, супруг/партнер. Консилиум предоставляет беременной женщине

всестороннюю медицинскую информацию о результатах ее обследования и характере выявленных аномалий развития у ее плода, и на основании современных медицинских знаний предоставляет сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода как до, так и после рождения, о возможных методах лечения и связанном с ними рисках, возможных медицинских пренатальных и постнатальных вмешательствах, их ближайших и отдаленных исходах.

4. При установлении консилиумом наличия врожденных аномалий развития плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, беременной женщине предоставляется информация о медицинской организации, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи, как в Республике Северная Осетия-Алания, так и на всей территории Российской Федерации. При наличии порока развития плода, сочетающегося с хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями, или наличии множественных пороков развития плода, с целью определения прогноза для здоровья и жизни ребенка, проводится обследование, включающее (при необходимости) генетическое лабораторное исследование, эхокардиографию и магнитно-резонансную и (или) компьютерную томографию плода. По результатам обследования проводится повторный перинатальный консилиум, в том числе с участием специалистов НМИЦ по профилю выявленных у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития.

5. При решении вопроса о рекомендуемых месте и сроках лечения и родоразрешения беременной с выявленным пороком развития плода, требующим внутриутробного медицинского вмешательства, связанного с хирургической патологией (далее - внутриутробная хирургическая коррекция), либо оказания медицинской помощи новорожденному с хирургической патологией (далее - хирургическая помощь новорожденному), перинатальный консилиум руководствуется следующим:

- в случае, если возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока развития плода, беременная направляется в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь соответствующего вида по перечню, предусмотренному программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период;

- в случае, если необходимо оказание хирургической помощи новорожденному в плановой форме в раннем неонатальном периоде, беременная направляется на родоразрешение в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по детской хирургии и (или) сердечно-сосудистой хирургии, в структуре которой создан перинатальный центр;

- в случае, если после рождения новорожденному потребуется выполнение экстренного хирургического вмешательства, беременная направляется на родоразрешение в перинатальный центр, имеющий возможность оказания

хирургической помощи новорожденному в экстренной форме, в том числе с привлечением врачей-специалистов по профилю порока развития плода из иных медицинских организаций, или в перинатальный центр, имеющий в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией и оснащенный автомобилем скорой медицинской помощи класса «С» для осуществления медицинской эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «детская хирургия» и (или) «сердечно-сосудистая хирургия» в стационарных условиях детям, в целях проведения хирургического вмешательства.

Медицинская эвакуация новорожденного из медицинской организации, в которых отсутствует возможность оказания хирургической помощи, осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными консультативными бригадами, или выездными бригадами скорой медицинской помощи. При невозможности оказания новорожденному с пороком развития плода и (или) хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями необходимой медицинской помощи в субъекте Республике Северная Осетия-Алания, беременные направляются на родоразрешение в подведомственные федеральным органам исполнительной власти перинатальные центры или медицинские организации, имеющие в структуре перинатальные центры, в которых предусмотрены детские хирургические отделения с койками для новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией.

6. При наличии порока развития плода, несовместимого с жизнью, сочетанных пороках развития плода с неблагоприятным прогнозом для жизни, хромосомных аномалиях, генетических нарушениях или пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения, при отсутствии методов эффективного лечения, включенных в раздел МКБ-10 «Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (далее - медицинские показания со стороны плода), беременной с учетом решения перинатального консилиума при участии медицинского психолога предоставляется информация о факторах риска для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, обусловленные медицинскими показаниями со стороны плода, для последующего принятия беременной решения о сохранении беременности или искусственном прерывании беременности.

7. Консилиум на основании совокупности полученной медицинской информации предлагает пациентке принять решение о дальнейшем протонгировании или прерывании беременности.

8. В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального

консилиума беременная направляется для искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, не ниже второй группы (уровня), в котором осуществляется верификация диагноза на основе результатов патологоанатомического вскрытия плода, молекулярно-генетических исследований (при необходимости) и экспертной оценки изображений, фиксирующих патологические изменения (статичных и (или) динамичных), полученных при проведении ультразвукового исследования, а также статических и динамических изображений магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии.

9. Досрочное родоразрешение по медицинским показаниям со стороны плода и отсутствии тяжелой соматической патологии у беременной при сроке беременности 22 недели и более проводится в медицинском учреждении 3-го уровня, в котором после рождения ребенка врачами-специалистами осуществляется верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений.

Заключение о результатах верификации диагноза (верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений) после искусственного прерывания беременности или рождения ребенка с пороком развития плода и (или) хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями направляется лечащему врачу.

10. При информированном отказе пациентки прервать беременность при наличии врожденных аномалий развития плода или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, предоставляется информация о плане ее дальнейшего ведения в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода медицинская помощь в период беременности, родов и послеродовый период оказывается под контролем специалистов акушерского дистанционного консультативного центра.

11. При наличии у беременной тяжелого соматического заболевания, установленного по результатам осмотров врачей-специалистов, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007г. №736 (далее - перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности) и (или) при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга I триместра, и (или) при возникновении осложнений беременности, угрожающих жизни и здоровью матери и (или) плода, и иных заболеваний (состояний) лечащий врач направляет беременную на консилиум

врачей (далее - перинатальный консилиум), который проводится с целью определения дальнейшей тактики и медицинской организации для наблюдения за течением беременности, объема обследования, сроков лечения и родоразрешения.

12. В случае принятия беременной с сердечно-сосудистым заболеванием, требующим применения кардиохирургических методов лечения, решения о сохранении беременности, дальнейшая тактика наблюдения за течением беременности и заболеванием сердечно-сосудистой системы, родоразрешении, направлении в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, об оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме (при наличии тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушении сердечного ритма, требующем радиочастотной абляции) принимается перинатальным консилиумом с учетом результатов проведения консультации, в том числе с применением телемедицинских технологий, со специалистами медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в том числе национальных медицинских исследовательских центров (далее - НМИЦ) по акушерству и гинекологии и (или) сердечно-сосудистой хирургии и (или) медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

13. Наблюдение за течением беременности осуществляется с привлечением врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и проведением консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий, беременной под контролем специалистов АДКЦ.

**Показания к проведению неинвазивного пренатального тестирования
(определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) в рамках
территориальной программы обязательного медицинского страхования
(ОМС).**

1. Проведение неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) показано беременным из группы среднего (1:101 – 1:1000) и высокого (1:100 и выше) риска по результатам пренатального скрининга.
2. Беременные из группы высокого (1:100 и выше) риска сначала направляются на повторное УЗИ плода и консультацию врача-генетика и перерасчет риска, для решения вопроса о проведении инвазивной пренатальной диагностики.
3. Противопоказания для применения НИПТ:
 - срок беременности менее 11 недель;
 - многоплодная беременность (более двух плодов), в т.ч., синдром «исчезающего близнеца» или замершая беременность;
 - наличие онкологического заболевания у беременной;
 - недавние медицинские вмешательства у беременной (переливание крови, трансплантация органов);
 - наличие показаний к инвазивной пренатальной диагностике при отсутствии противопоказаний к ней;
 - наличие структурных аномалий (пороков развития) плода по данным УЗИ плода в рамках пренатального скрининга;
 - отягощенный анамнез по генетически детерминированной патологии (установленное носительство хромосомных аномалий или носительство мутаций моногенного заболевания у беременной и/или ее супруга).
4. Основные условия применения НИПТ:
 - наличие информированного добровольного согласия на проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), подписанного в ходе претестового консультирования;
 - наличие результатов ультразвукового исследования плода с данными об акушерском гестационном сроке, подтверждении жизнеспособности плода (наличие сердцебиения), уточнении количества плодов (одноплодной беременности или беременности двойней), хориальности в случае беременности двойней;
5. Основанием для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) за счет средств ОМС является наличие действующего полиса ОМС.

6. Перед выдачей направления на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) врач акушер-гинеколог должен убедиться в том, что срок действия полиса ОМС у пациентки составляет еще не менее 1 месяца на момент выдачи направления.

7. Для пациенток, не имеющих полис ОМС (в т.ч. сотрудников УФСИН, полиции, Росгвардии и пр.) неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) может быть проведено в рамках договорных отношений с организацией Исполнителем.

8. Перед исследованием пациентка должна быть проинформирована о том, что:

- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) не заменяет диагностические инвазивные тесты;

- в случае установления высокого риска хромосомных нарушений с помощью неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) необходимо проведение ИПД;

- пренатальный ДНК-скрининг анеуплоидий по крови матери не предназначен для выявления микроделеций /микродупликаций, мозаицизма, полиплоидии, структурных аномалий хромосом, моногенных и других генетических заболеваний, не связанных с анеуплоидиями;

- при наличии в семье ранее выявленных случаев наследственной патологии может потребоваться назначение иных видов исследований или проведение инвазивной пренатальной диагностики с целью исключения конкретных заболеваний (в этом случае семье необходимо проконсультироваться с врачом-генетиком);

- неинвазивное пренатальное тестирование (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) подразумевает только исследование на наличие анеуплоидий по 13, 18 и 21 хромосомам. Отсутствие у плода нарушений по данным неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) не гарантирует отсутствие анеуплоидий как по исследованным, так и по другим хромосомам. Наибольшая точность исследования достигается при выявлении анеуплоидий 21-й и 18-й хромосом, тогда как точность выявления трисомии по хромосоме 13 – ниже;

- при получении невалидных результатов неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) (например, при низкой доле внеклеточной ДНК плода в крови матери) установление риска хромосомной патологии может оказаться невозможным; в этом случае необходима консультация врача-генетика или проведение консилиума врачей, в том числе для решения вопроса о целесообразности проведения повторного исследования или проведения ИПД.

9. Для информирования пациенток могут быть использованы печатные и наглядные информационные материалы, памятки.

10. При консультировании пациенток о порядке проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) врачам акушерам-гинекологам рекомендовано использовать памятки.

Маршрутизация пациентов и порядок направления на неинвазивное пренатальное тестирование.

1. При наличии показаний для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) не позднее 48 часов с момента получения результатов пренатального скрининга беременная должна быть вызвана на консультацию акушера-гинеколога по месту наблюдения.

2. На приеме врач акушер-гинеколог разъясняет пациентке результаты ПС и проводит предтестовое консультирование по неинвазивному пренатальному тестированию (определению внеклеточной ДНК плода по крови матери), пациентка подписывает согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), формируется и выдается направление 057/у (форма утверждена Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.09.2025г. №519). При отказе от проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) пациентка подписывает информированный отказ от обследования.

3. В случае установления среднего риска (1:101 – 1:1000) беременная направляется ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания с полным пакетом необходимых документов

4. В случае установления высокого риска (1:100 и выше) по результатам ПС беременной выдается направление на повторное УЗИ плода и консультацию врача-генетика и перерасчет риска, для решения вопроса о проведении ИПД и /или НИПТ. При необходимости проведения НИПТ врачом, ведущим диспансерный учет данная, беременная направляется в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания с полным пакетом документов.

5. Взятие крови на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) осуществляется в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания.

6. Взятие крови на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), включая повторное взятие при необходимости, проводится не позднее 48-72 часов с момента выдачи направления на сроке до 17/0 недель беременности. Возможно повторное взятие образца крови в случае получения невалидного результата у беременных, обратившихся на первичное исследование на сроке не более 16/0 недель

7. В случае необходимости повторного взятия крови для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) специалисты организации акушерского профиля третьей (в ряде случаев второй) группы (уровня) РСО-А информируют врача акушера-гинеколога женской консультации по месту наблюдения беременной.

8. Взятие биологического образца и его отправка осуществляется в организацию «Исполнитель» в течение 48 часов с момента получения информации, но не позднее 17/6 недель беременности. При отправке к образцу крови необходимо сформировать новое направление на исследование по форме 057/у.

9. Взятие крови осуществляется в специальные пробирки со стабилизатором внеклеточной ДНК, обеспечивающие стабильность внеклеточной ДНК в течение не менее 72 часов. Хранение и транспортировка биоматериала осуществляются в соответствии с рекомендациями производителей (при температуре не выше 24°C, замораживание не допускается).

10. Пробирки должны быть промаркированы до взятия материала. На маркировке должны быть указаны: идентификатор субъекта и лечебного учреждения, осуществившего взятие крови; ФИО пациентки; дата её рождения; дата взятия крови.

11. Образец крови беременной должен быть доставлен в организацию «Исполнитель» не позднее 72 часов с момента взятия.

12. Каждый образец биоматериала должен быть доставлен в молекулярно-генетическую лабораторию организации Исполнителя для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) в сопровождении обязательного пакета документов:

- направление на исследование установленного образца (форма 057/у);
- копия полиса ОМС;
- результаты ПС, включая УЗИ - исследование и оценку комбинированного расчета риска по хромосомной патологии у плода;
- согласие на обработку персональных данных, подписанное беременной;
- информированное добровольное согласие на неинвазивное пренатальное тестирование, подписанное беременной;
- заявка на проведение неинвазивного пренатального тестирования;
- акт приема-передачи биоматериала.

13. Срок выполнения лабораторного исследования – неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) составляет не более 14 дней с момента поступления биоматериала в лабораторию организации Исполнителя (ФГБУ НМИЦ АГиП им. акад. В.И. Кулакова Министерства здравоохранения РФ).

14. Результаты неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) передаются в организацию РСО-А в электронном виде в течение 24 часов после завершения исследования.

15. Медицинская организация Республики должна в течение 24 часов передать информацию по месту наблюдения беременной.

16. В случае отрицательного результата неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) дальнейшее наблюдение беременной осуществляется врачом акушером-гинекологом по месту прикрепления пациентки в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

17. В случае положительных результатов неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) в течение 48 часов медицинская организация, наблюдающая беременную, обеспечивает проведение консультации врача-генетика и/или акушера-гинеколога и/или консилиума врачей (в т.ч. с применением телемедицинских технологий) для решения вопроса о проведении ИПД.

**Информированное согласие на осуществление обработки персональных
данных.**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
«_____» _____ года рождения, зарегистрированная по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью)

Подтверждаю, что даю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в организации-исполнителе

(полное наименование медицинской организации-исполнителя)

в целях оказания медицинской услуги по проведению неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, мои фото- и видеоизображения, а также фото и видео изображения лица, представителем которого я являюсь, полученные с целью оказания медицинской помощи.

Предоставляю организации Исполнителю право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности. В случае

если организация Исполнитель поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет организация Исполнитель. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению организации Исполнителя, несет ответственность перед организацией Исполнителем.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в течении срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) двадцать пять лет. Оставляю за собой право, на основании ч. 5 ст. 21 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ (ред. от 24.06.2025) «О персональных данных» отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю организации Исполнителя или направлено в адрес организации Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

«_____» «_____» 20____ г.

**Информированное добровольное согласие на проведение неинвазивного
пренатального тестирования
(определения внеклеточной ДНК плода по крови матери).**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
«_____» _____ года рождения, зарегистрированная по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью)

Даю информированное добровольное согласие на осуществление следующего медицинского вмешательства (обследования) – проведение лабораторного исследования «**Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)**» предоставляемого в _____
(полное наименование медицинской организации)

медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели и методы оказания предложенной медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств (взятие крови из вены), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты.

Я проинформирован(а) о порядке и объеме проведения исследования, сроках готовности результата и ограничениях методики проведения исследования неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) и осознанно показываю к его проведению.

Я понимаю, что с помощью метода неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) будут проведены исследования только в отношении трисомии 21, трисомии 13 и трисомии 18.

Я, проинформирован(а) про возможности других методов пренатальной диагностики и осознаю, что неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) не заменяет комбинированный пренатальный скрининг беременной в 11-13/6 недель беременности и инвазивную пренатальную диагностику в случае высокого риска наличия у плода хромосомной аномалии.

Я предупрежден(а) и осознаю, что результаты исследования неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) не являются на 100% точными и не гарантируют однозначного исключения хромосомных аномалий у плода; что методом неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) невозможно исключить наличие у плода сбалансированных структурных хромосомных перестроек, малых несбалансированных структурных перестроек хромосом, мозаицизма, триплоидий и тетраплоидий, моногенных и других генетических заболеваний.

Я информирован(а) о возможностях метода по определению пола плода по крови матери и предупрежден(а), что определение пола плода может быть затруднено, а главная цель исследования данного варианта неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) – исключить хромосомные аномалии (трисомии 21, трисомии 13 и трисомии 18).

Я обязуюсь проинформировать медицинский персонал обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем/здоровьем представляемого мной лица, в том числе о наличии опухолевых образований, переливании аллогенной крови, терапии аллогенными клетками, трансплантации органов или костного мозга.

Я осознаю, что высокий риск, рассчитанный по результатам неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), не является основанием для прерывания беременности согласно законодательству Российской Федерации, и при выявлении повышенного риска по результатам неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) необходимо проведение инвазивной пренатальной диагностики с целью подтверждения полученных результатов.

Я предупрежден(а), что в редких случаях может потребоваться повторное взятие крови.

Я не возражаю, что взятые у меня (представляемого) биологические образцы, могут в дальнейшем храниться у Исполнителя для использования биоматериала в научных целях (для разработки новых методов диагностики/лечения наследственных и врожденных заболеваний). Я проинформирован(а) о том, что полученные результаты научных исследований могут быть опубликованы исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина/законного представителя гражданина полностью)

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) моим родственникам, законным представителям, гражданам:

(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют.

« _____ » 20 _____ г.
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

« _____ » 20 _____ г.
(подпись) (Должность и Ф.И.О. медицинского работника)

**Отказ от проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения
внеклеточной ДНК плода по крови матери).**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
«_____» _____ года рождения, зарегистрированная по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина)

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или
недееспособных граждан:**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью, дата рождения полностью)

отказываюсь от следующего медицинского вмешательства (обследования) - проведения лабораторного исследования **«Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)»** меня/представляемого мной лица.

Мне в доступной для меня форме мне разъяснены цели и методы оказания предложенной медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств (взятие крови из вены), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты.

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства (обследования).

Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (обследования, лечения) может сказаться на исходе моей беременности/беременности представляемого мной лица, а именно привести к рождению ребенка с хромосомной патологией (трисомия 21, трисомия 18, трисомия 13).

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (обследования).

«_____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

«_____» _____ г.
(подпись) (Должность и Ф.И.О. медицинского работника)

Заявка на проведении неинвазивного пренатального тестирования.

Медицинская организация

ФИО врача (полностью)

Дата

Пациент

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Адрес по прописке

Паспорт(серия, номер, дата выдачи)

Страховая компания

Капитал МС

Номер полиса ОМС

СНИЛС

Вес (кг)

Рост (см)

Количество плодов

Тип беременности

Самостоятельная

ЭКО

Скрининг 1-го триместра

Дата биохимического скрининга

Срок беременности

Программа скрининга

Astraia

~~Prisca~~

~~LifeCicle~~

~~Иное~~

КТР (мм)

8

ТВП (мм)

12

Носовая кость

Определяется

Аплазия или гипоплазия

Оценка рисков

Риск по 21 хромосоме

1:

Риск по 18 хромосоме

1:

Риск по 13 хромосоме 1:

Показания к НИПС Высокий риск Средний риск

Риск преждевременных родов 1:

Риск преэклампсии 1:

Биохимические маркеры

Papp-A (МЕ/л или МОМ)

hHCG (МЕ/л или МОМ)

Примечание

Корректность заполнения данных подтверждаю:

Врач: _____ / _____
М.П.

Информация о пробирке (заполняется в ГБУЗ «РЦОЗСиР» МЗ РСО-Алания)

Данные проверены. Направлен в процедурный кабинет. _____ / _____
Идентификатор

Тип GRADBIOMED

Дата и время взятия биоматериала

Процедурная м/с: _____ / _____

Информация для пациенток группы высокого риска по хромосомной аномалии, имеющих противопоказания к инвазивной пренатальной диагностике.

Уважаемая пациентка!

По результатам проведенного Вам пренатального скрининга I триместра обнаружен высокий риск (1:100 и выше) хромосомной аномалии (трисомии по хромосомам 21,18,13) у плода, что является показанием к проведению инвазивной пренатальной диагностики с целью анализа хромосом плода. Только этот метод может подтвердить или исключить хромосомную аномалию у плода с максимальной степенью вероятности. Однако, в настоящее время у Вас есть противопоказания (перечислить какие) к проведению инвазивной диагностики.

В связи с этим, информируем Вас о существовании дополнительного скринингового метода выявления риска хромосомной аномалии у плода (по хромосомам 21, 13, 18) – **неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери)**. Данный метод обладает высокой чувствительностью (до 99%) в отношении выявления риска указанных синдромов. Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) основывается на исследовании ДНК плодного происхождения, поступающей в материнский кровоток. Процедура абсолютно безопасна для беременной и плода, поскольку забор материала осуществляется путем обычного забора крови из вены женщины.

По результатам неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) риск хромосомной аномалии (синдромов Дауна, Эдвардса и Патау) у плода может быть определен как высокий или низкий. Если выявлено повышение риска хромосомных нарушений, то сохраняется необходимость проведения инвазивной пренатальной диагностики для подтверждения или исключения хромосомной аномалии у плода.

При получении низкого риска по данным неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) высока вероятность отсутствия у плода указанных синдромов (Дауна, Эдвардса и Патау) – примерно 99%. Тем не менее, крайне редко (<1%), даже при отрицательных результатах неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) возможно рождение ребёнка с одним из этих синдромов. Кроме того, низкий риск по перечисленным синдромам не исключает рождения ребенка с другими, более редкими хромосомными аномалиями либо генными болезнями.

Как при положительном, так и при отрицательном результате неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), вопрос о необходимости и возможности проведения Вам инвазивной пренатальной диагностики будет рассмотрен врачами акушером-гинекологом и генетиком.

Информируем Вас, что в некоторых случаях результат неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) может быть невалидным, то есть лаборатория не может его интерпретировать из-за низкого уровня ДНК плода в крови беременной (менее 3,5-4%) или по другим причинам.

**Памятка для акушеров-гинекологов для консультирования пациентов
перед проведением неинвазивного пренатального тестирования
(определения внеклеточной ДНК плода по крови матери).**

Порядок оформления медицинской документации.

Оформляется протокол консилиума врачей/протокол заседания врачебной комиссии, согласно которому:

- беременной предоставлена полная информация о высоком риске хромосомной аномалии у плода (трисомии по хромосоме 21/13/18) по итогам пренатального скрининга в 11-13,6 недель;
- выявлены противопоказания к инвазивной пренатальной диагностике в виде, ввиду чего рекомендовано проведение неинвазивного пренатального скрининга;
- пациентка подробно ознакомлена с особенностями неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), порядком его проведения, ограничением метода, возможными результатами и дальнейшей тактикой;
- получено информированное добровольное согласие пациентки на проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери);
- пациентка проинформирована о необходимости сдать кровь на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) в течение 48-72 часов с момента получения направления на исследование, но не позднее 17,0 недель беременности;
- запланирована повторная консультация врача акушера-гинеколога и врача-генетика по результатам исследования.

ВАЖНО!: основанием для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) за счет средств ОМС является наличие действующего полиса ОМС. На руки пациентке необходимо выдать направление установленного образца (форма 057/у, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.09.2025г. №519). Перед выдачей направления на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) необходимо убедиться, что срок действия полиса ОМС пациентки составляет еще не менее 1 месяца на момент выдачи направления.

Примечание: для пациенток, не имеющих полис ОМС (в т.ч. военнослужащих, сотрудников УФСИН, полиции, Росгвардии и пр.) проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) осуществляется в рамках договорных отношений с организацией Исполнителем.

Информация для пациенток группы высокого риска по хромосомной аномалии, настроенных на проведение неинвазивного пренатального скрининга.

Уважаемая пациентка!

По результатам проведенного Вам пренатального скрининга I триместра риск для плода по хромосомной аномалии (трисомии по хромосомам 21,18,13) - **высокий**. Это является показанием к инвазивной пренатальной диагностике (ИПД). Только этот метод может подтвердить или исключить хромосомную аномалию у плода с максимальной точностью. Однако, у Вас есть возможность пройти неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), который также является скрининговым методом, однако обладает более высокой чувствительностью и основан на исследовании ДНК плодного происхождения, поступающей в материнский кровоток.

По результату неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) риск хромосомной аномалии у плода может быть высоким или низким. Если по результатам неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) отмечается высокий риск хромосомной аномалии, то почти в 90% случаев патология подтверждается после проведения ИПД.

Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) не является альтернативой инвазивной пренатальной диагностике, показания к ИПД у Вас сохраняются даже в случае низкого риска по данным неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери). Кроме того, низкий риск по синдромам Дауна, Эдвардса и Патау не исключает рождения ребенка с другими, более редкими хромосомными патологиями, а также с генными заболеваниями.

Вопрос о необходимости проведения ИПД будет повторно обсуждаться с Вами врачами акушером-гинекологом и врачом-генетиком.

В некоторых случаях результат неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) может быть невалидным, то есть лаборатория не может его интерпретировать из-за низкого уровня ДНК плода в крови беременной (менее 3,5-4%) или по другим причинам.

Информация для пациенток группы среднего риска по хромосомной аномалии.

Уважаемая пациентка!

По результатам проведенного Вам пренатального скрининга I триместра установлен средний риск (1:101 – 1:1000) для плода по хромосомной аномалии (трисомии по хромосомам 21, 18, 13, приводящие к рождению детей с синдромами Дауна, Эдвардсаи Патау). Это означает, что невозможно полностью исключить риск рождения ребенка с указанными синдромами.

В настоящее время существует еще один скрининговый метод выявления риска хромосомной аномалии у плода (по хромосомам 21, 13, 18) – это неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери). Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2025г. №747н «О порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»», проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) рекомендуется пациентам со средним риском, который и установлен у Вас. Данный метод обладает более высокой чувствительностью (до 99%), и в некоторых случаях позволяет выявить риск вышеуказанных хромосомных нарушений даже при отрицательном результате пренатального скрининга I триместра.

Неинвазивное пренатальное тестирование (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) основано на исследовании ДНК плодного происхождения, поступающей в материнский кровоток. Процедура абсолютно безопасна для беременной и плода, поскольку забор биоматериала осуществляется путем обычного забора крови из вены женщины.

Результатом неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) является определение риска хромосомной аномалии (трисомии по хромосомам 21, 18, 13) у плода: высокого или низкого.

В случае выявления высокого риска хромосомных аномалий Вам потребуется консультация врача-генетика для выбора дальнейшей тактики обследования. В случае получения низкого риска продолжится стандартное наблюдение у врача акушера-гинеколога.

Вы должны понимать, что полученный низкий риск с высокой долей вероятности свидетельствует об отсутствии указанных хромосомных заболеваний у плода (трисомии по хромосомам 21, 18, 13), хотя крайне редко даже при отрицательном результате неинвазивного пренатального

тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), ребенок может родиться с одной из этих патологий. К тому же, низкий риск по указанным трисомиям не исключает рождения ребенка с иными, более редкими хромосомными отклонениями либо генными болезнями.

Информируем Вас, что в некоторых случаях результат неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) может быть невалидным, то есть лаборатория не может его интерпретировать из-за низкого уровня ДНК плода в крови беременной (менее 3,5-4%) или по другим причинам.

**Памятка для акушеров-гинекологов для консультирования пациентов
перед проведением неинвазивного пренатального тестирования
(определения внеклеточной ДНК плода по крови матери).**

Порядок оформления медицинской документации.

Оформляется запись в медицинскую документацию:

- пациентка проинформирована о возможности проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) дополнительно к пренатальному скринингу I триместра;
- подробно разъяснены особенности метода, условия проведения, ограничения, возможные исходы и связанные с процедурой риски;
- информированное добровольное согласие пациентки или представляющего пациентку лица на проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) получено;
- пациентка проинформирована о необходимости сдать кровь на проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) в течение 48-72 часов с момента получения направления на исследование, но не позднее 17,0 недель беременности;
- планируется повторная консультация врачом-генетиком и/или акушером-гинекологом по результатам исследования.

ВАЖНО!: основанием для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) за счет средств ОМС является наличие действующего полиса ОМС. На руки пациентке необходимо выдать направление установленного образца (форма 057/у, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.09.2025 №519). Перед выдачей направления на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) необходимо убедиться, что срок действия полиса ОМС пациентки составляет еще не менее 1 месяца на момент выдачи направления.

Примечание: для пациенток, не имеющих полис ОМС (в т.ч. военнослужащих, сотрудников УФСИН, полиции, Росгвардии и пр.) проведение неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) осуществляется в рамках договорных отношений с организацией Исполнителем.