



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

БУРЯАД УЛАСАЙ ЭЛҮҮРЫЕ ХАМГААЛГЫН ЯАМАН

П Р И К А З

20.02.2021

№ 140-ОД

г. Улан-Удэ

Об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, женщинам при искусственном прерывании беременности, женщинам с гинекологическими заболеваниями на территории Республики Бурятия

В целях совершенствования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, гинекологическим больным, снижения материнской смертности на территории Республики Бурятия, внедрения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.09.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Разделение медицинских организаций Республики Бурятия на группы по возможности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде (Приложение №1).

1.2. Критерии для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных, рожениц и родильниц в акушерские отделения I, II и III групп, показания для госпитализации в urgentный родильный зал (Приложение №2).

1.3. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде на территории Республики Бурятия (Приложение №3).

1.4. Лист маршрутизации (Приложение №4).

1.5. Взаимодействие медицинских организаций Республики Бурятия при оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией (Приложение №5);

1.6. Оказание медицинской помощи при угрожающих или начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I группы (Приложение №6).

1.7. Карту наблюдения при эвакуации беременных с преждевременными родами (Приложение №7).

1.8. Региональный регистр преждевременных родов (Приложение №8).

1.9. Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности (Приложение №9).

1.10. Оказание медицинской помощи беременным с пороками развития у плода (Приложение №10).

1.11. Разделение женских консультаций Республики Бурятия и порядок взаимодействия с консультативно-диагностическим отделением ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ» при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности (Приложение №11).

1.12. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в Республике Бурятия (Приложение №12).

1.13. Шкалу перинатального риска (Приложение №13).

2. Руководителям медицинских организаций Республики Бурятия, оказывающим медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», обеспечить:

2.1. Внедрение новых форм медицинской документации (приложения № 2-9 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.09.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

2.2. Медицинскую эвакуацию беременных и рожениц при экстремально ранних, ранних и преждевременных родах на II / IIIA уровень оказания медицинской помощи.

3. Главным врачам ГАУЗ «Иволгинская ЦРБ», ГБУЗ «Тарбагатайская ЦРБ», ГБУЗ «Прибайкальская ЦРБ», ГАУЗ «Заиграевская ЦРБ» организовать работу ургентного родильного зала в составе гинекологического/хирургического отделения в соответствии с приложениями №23, №24 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.09.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

4. Главному врачу ГБУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» обеспечить переход на новые электронные формы первичной медицинской документации, применяемые при оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

5. Начальнику отдела медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Республики Бурятия Аюровой Ж.Г. обеспечить организацию медицинской деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.09.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 28.11.2017 №1685-ОД «Об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период и новорожденным детям на территории Республики Бурятия» признать утратившим силу с момента подписания настоящего приказа.

7. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



Е.Ю. Лудупова

М.П. Ринчиндоржиева,
И.А. Мунконова, 8(3012)21-40-90

**Распределение
медицинских организаций на территории Республики Бурятия на группы по
оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и
послеродовом периоде**

Группы (согласно приказу МЗ РФ № 1130н)	Наименование медицинских организаций
I - имеющие в составе родильные отделения, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога, врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в своем составе urgentный родильный зал	1. ГБУЗ «Баргузинская ЦРБ» 2. ГБУЗ «Баунтовская ЦРБ» 3. ГБУЗ «Бичурская ЦРБ» 4. ГАУЗ «Гусиноозерская ЦРБ» 5. ГБУЗ «Еравнинская ЦРБ» 6. ГАУЗ «Заиграевская ЦРБ» 7. ГБУЗ «Закаменская ЦРБ» 8. ГАУЗ «Иволгинская ЦРБ» 9. ГБУЗ «Кабанская ЦРБ» 10. ГАУЗ «Кижингинская ЦРБ» 11. ГБУЗ «Курумканская ЦРБ» 12. ГБУЗ «Кяхтинская ЦРБ» 13. ГБУЗ «Муйская ЦРБ» 14. ГБУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» 15. ГБУЗ «Нижнеангарская ЦРБ» 16. ГБУЗ «Окинская ЦРБ» 17. ГБУЗ «Петропавловская ЦРБ» 18. ГБУЗ «Прибайкальская ЦРБ» 19. ГБУЗ «Тарбагатайская ЦРБ» 20. ГБУЗ «Тункинская ЦРБ» 21. ГБУЗ «Хоринская ЦРБ» 22. ЧУЗ «Больница» РЖД-медицина» г. Северобайкальск»
II - акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилированные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных	ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан-Удэ»
IIIА - акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, АДКЦ с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации	ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ»

1. Критерии для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных, рожениц и родильниц в акушерские отделения I группы:

1. отсутствие показаний для планового кесарева сечения;
2. отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний, в том числе:
 - увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
 - миопия 1 и 2 степени без изменений на глазном дне;
 - инфекции мочевыводящих путей вне обострения и др.;
3. отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (протеинурия во время беременности и гипертензивные расстройства, задержка роста плода);
4. головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
5. отсутствие в акушерском анамнезе женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии; отслойки нормально расположенной плаценты;
6. отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как преждевременные роды, гипотоническое кровотечение, ПОНРП, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

Показания для госпитализации в urgentный родильный зал:

- активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения);
- экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

2. Критерии для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных, рожениц и родильниц в акушерский стационар II уровня - ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан-Удэ» (далее - ГПЦ):

1. пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
2. компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
3. заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
4. психические заболевания;
5. переносимая беременность;
6. предполагаемый крупный плод;
7. анатомическое сужение таза I-II степени;
8. тазовое предлежание плода;
9. низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;

10. мертворождение в анамнезе;
11. рубец на матке после кесарева сечения в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения;
12. рубец на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;
13. беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после ЭКО и переноса эмбрионов;
14. преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, в сроке беременности 26-36,6 недель;
15. антенатальная гибель плода при отсутствии критериев п.3 настоящего приказа;
16. вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии, умеренная преэклампсия беременных и рожениц г.Улан- Удэ;
17. эндокринные заболевания (сахарный диабет, гестационный сахарный диабет на диетотерапии, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- и гиперфункции в стадии компенсации и субкомпенсации);
18. заболевания органов зрения (миопия высокой степени без и с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);
19. перенесенные ЧМТ, переломы позвоночника, таза;
20. наличие у плода ВПР, требующих хирургической коррекции в условиях ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница»;
21. угрожающий выкидыш до 22 недель беременности;
22. токсикозы 1 половины беременности средней и тяжелой степени;
23. беременные и роженицы группы низкого и среднего риска из Тарбагатайского, Иволгинского, Прибайкальского, Заиграевского районов;
24. заболевания почек и инфекции мочевыводящих путей без нарушения функции (кроме единственной почки);
25. двойня при отсутствии осложнений или риска их возникновения, характерных для многоплодной беременности беременных и рожениц г. Улан-Удэ;
26. задержка роста плода I степени.

3. Критерии для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных, рожениц и родильниц в акушерский стационар IIIA уровня - ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ» (далее - РПЦ):

1. возраст до 18 лет;
2. преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, в сроке беременности 22,0-25,6 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
3. преждевременные роды у женщин высокой группы риска акушерских и перинатальных осложнений, включая родовое излитие околоплодных вод, в сроке беременности 36,6 и менее недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

4. предлежание плаценты;
5. задержка роста плода II-III степени;
6. изоиммунизация при беременности;
7. метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
8. водянка плода;
9. многоводие или маловодие;
10. 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);
11. тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;
12. заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
13. диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
14. заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, единственная почка;
15. заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
16. эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, с признаками диабетической фетопатии, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);
17. заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
18. заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемабластозы, тромбоцитопения менее $150 \cdot 10^9/\text{л}$, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
19. заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
20. миастения;
21. злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
22. сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
23. перенесенные в анамнезе тяжелые черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
24. прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
25. расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте

локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);

26. подозрение на врастание плаценты по данным УЗИ и/или МРТ;
27. поперечное и косое положение плода;
28. преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
29. холестаз, гепатоз беременных;
30. кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
31. рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
32. беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
33. антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;
34. многоплодная беременность 3 и более плодами, а также двойня при наличии или риске возникновения осложнений, характерных для многоплодной беременности – ФФТ, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов;
35. привычный выкидыш, обусловленный сочетанной тромбофилией антифосфолипидный синдром и врожденная тромбофилия) с гибелью плода или тромбозом при предыдущей беременности;
36. привычный выкидыш, сопровождающийся резус-иммунизацией.

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде на территории Республики Бурятия

1. Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде оказывается в соответствии с:

- приказом Минздрава России от 20.09.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» с соблюдением схемы маршрутизации, утверждённой настоящим приказом,

- приказом Минздрава Бурятии от 25.12.2020 № 1149-ОД «Об утверждении порядка проведения оценки антенатального развития на территории Республики Бурятия»,

- приказом Минздрава Бурятии от 08.06.2015 №842-ОД «Об утверждении порядка взаимодействия акушерского дистанционного консультативного центра ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ» с медицинскими организациями Республики Бурятия»,

- актуальным приказом Минздрава Бурятии, регламентирующим маршрутизацию пациентов при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме в медицинских организациях г. Улан-Удэ,

- клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, согласованными с главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации и утвержденными Минздравом России, размещенными на официальном сайте Минздрава России в разделе «Полезные ресурсы», подраздел «Электронный рубрикатор клинических рекомендаций» (<http://cr.rosminzdrav.ru/>).

2. Ведение медицинской документации осуществляется в соответствии с:

- приказом Минздрава России от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемой в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»,

- приказом Минздрава Бурятии от 24.03.2014 № 400-ОД «О правилах заполнения медицинской документации, используемой в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях взрослому населению»,

- приказом Минздрава Бурятии от 12.02.2020 №72-ОД «Об утверждении типовых форм медицинской документации, оформляемой при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период» и Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

3. Диспансерное наблюдение беременных осуществляется в медицинской организации по месту регистрации (по месту жительства) или по выбору женщины, согласно ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, приказу Минздрава России от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия – акушерками, фельдшерами или медицинскими сестрами.

В случае возникновения осложнений беременности обеспечивается консультация врачом-акушером-гинекологом и врачами-специалистами по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских консультаций.

4. Акушерки, фельдшера, медицинские сестры ФАП, ФП, ВА в период диспансерного наблюдения беременных и родильниц обеспечивают:

4.1. диспансерное наблюдение, в том числе выделение групп риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов, послеродового периода;

4.2. направление беременных женщин в центральную районную больницу после постановки на диспансерный учет, заполнения медицинской документации для их клинико-лабораторного обследования и осмотра врачами-специалистами, затем врачом-акушером-гинекологом не позднее 7-14 дней с момента первичного обращения, в кабинеты антенатальной охраны плода для выявления нарушений роста и развития плода, в том числе наличие ХА и ПРП согласно установленным срокам;

4.3. профилактику и раннюю диагностику акушерских осложнений, а также при возникновении осложнений – обеспечение консультации врачом-акушером-гинекологом и/или врачом специалистом по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских консультаций;

4.5. выявление осложнений и направление на стационарное лечение по согласованию с врачом акушером-гинекологом при наличии показаний, в том числе контроль своевременной госпитализации;

4.6. контроль своевременного выполнения беременной рекомендаций и назначений врачей, осуществление дородового и послеродового патронажа, обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении между женской консультацией и другими медицинскими организациями;

4.7. передачу информации о состоянии беременных врачу-акушеру-гинекологу каждые 7 дней;

4.8. динамическое наблюдение за родильницами в течение всего послеродового периода (6 недель);

4.9. проведение психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;

4.10. выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности и предотвращения распространения инфекций.

5. Все беременные осматриваются заведующей женской консультацией (районным врачом-акушером-гинекологом) в следующие сроки:

- до 12 недель беременности – для решения вопроса о возможности

вынашивания беременности по результатам клинико-лабораторного обследования и в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов;

- до 20 недель беременности – для окончательного заключения о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода;

- в 35-36 недель – для решения вопроса о сроке, способе родоразрешения, определения группы акушерского стационара для родоразрешения, необходимости и сроках плановой госпитализации.

6. У всех беременных, состоящих на диспансерном учёте в медицинских организациях, трижды за беременность (при постановке на учёт, в 30 и 36 недель гестации) оценивается степень перинатального риска с применением шкалы перинатального риска, утверждённого настоящим приказом.

7. В течение семи рабочих дней после постановки на диспансерный учёт по беременности все медицинские организации, независимо от формы собственности, передают сведения о беременной группы высокого риска посредством электронной связи (защищённый канал) в акушерский дистанционный консультативный центр (далее – АДКЦ) РПЦ. В медицинских организациях ведётся журнал консультаций с АДКЦ РПЦ, где указывается дата и время консультации, диагноз, рекомендации, Ф.И.О. консультанта. Беременные из группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (далее – беременные группы высокого риска) еженедельно мониторируются специалистами АДКЦ РПЦ посредством электронной связи, телемедицинской консультации.

8. Беременные группы высокого риска направляются в консультативно-диагностическое отделение (далее – КДО) РПЦ на консультативный прием для беременных в соответствии с Приложением №12 настоящего приказа с направлением, в котором указана цель консультации, а также с надлежаще заполненной обменной картой беременной, содержащей все результаты обследования и заключения врачей-специалистов.

9. В сроке 11-14 и 19-21 недель беременности проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как пороки развития плода (далее – ПРП), хромосомные аномалии (ХА), задержка роста плода (ЗРП), риска преждевременных родов и преэклампсии, согласно приказа Минздрава Бурятии от 25.12.2020 1149-ОД «Об утверждении порядка проведения оценки антенатального развития на территории Республики Бурятия».

10. В случае выявления у беременной женщины высокого (1/100 и выше) риска ХА и/или ПРП в сроке 11-14 недель беременности, пациентка направляется в кабинет антенатальной охраны плода III уровня (РПЦ) для уточнения диагноза посредством селективного УЗИ и возможным перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка на основе данных проведенного УЗИ.

11. В случае подтверждения высокого (1/100 и выше) риска ХА и/или при ПРП, ассоциированных с ХА, или выявлении ПРП, пациентка направляется на консультацию врача-генетика для решения вопроса о возможности проведения инвазивного обследования в условиях медико-генетической консультации (далее

– МГК), проведения пренатальной генетической диагностики и вынесения заключения врача-генетика.

12. В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременности предоставляются консилиумом врачей, согласно приказу Минздрава Бурятии от 03.03.2020 №109 «О создании перинатального консилиума». Протокол перинатального консилиума и результат генетического исследования и/или заключение врача-генетика выдаются беременной, а также направляются лечащему врачу по защищенному каналу связи для размещения в обменной и индивидуальной карте беременной. При наличии у плода ПРП, несовместимого с жизнью, и/или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья новорожденного, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения, при отсутствии эффективных методов лечения, беременной предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

13. Решение о наличии показаний для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны матери в сроке гестации до 21 недели включительно принимается врачебной комиссией медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение беременной женщины, или медицинской организацией, осуществляющей стационарное лечение беременной женщины, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 №736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Искусственное прерывание беременности в сроке до 22 недель беременности при наличии медицинских и социального показаний проводится в гинекологическом отделении РПЦ на основании решения врачебной комиссии.

14. При наблюдении за беременными, кроме оценки перинатальных факторов риска, выделяют особые группы пациенток, требующих индивидуального плана ведения на основании анамнеза, течения и осложнений беременности, а также при высоком риске (1/100 и менее) результатов скрининга в сроках 11-14 недель.

14.1. Беременные с риском преждевременных родов:

- 1 и более преждевременных родов в анамнезе;
- 1 и более поздних выкидышей в анамнезе;
- 2 и более абортов;
- высокий паритет > 4 родов;
- конизация/ампутация шейки матки;
- возраст < 18 лет или > 34 лет;
- низкий социально-экономический статус;
- многоплодная/индуцированная беременность;
- алкогольная/никотиновая интоксикация;
- инфекция (вагинит, бактериальный вагиноз, бессимптомная бактериурия, пародонтит);
- многоводие;

- маточные кровотечения (перманентная угроза прерывания, ПОНРП, предлежание плаценты);
- ИЦН;
- тяжелая экстрагенитальная патология;
- хирургические вмешательства и травмы при настоящей беременности;
- высокий риск недонашивания по результатам скрининга в сроке 11-13,6 недель (1/100 и менее);

Беременные данной группы, мониторируются в АКДЦ РПЦ как беременные высокого риска, для них составляется индивидуальный план ведения беременности с учетом риска преждевременных родов и проводятся меры профилактики преждевременных родов:

- скрининг и лечение бессимптомной бактериурии и вагинальной инфекции;
- УЗ-цервикометрия с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели, при наличии показаний – наложение шва, установка акушерского пессария при ИЦН;

- назначение препаратов прогестерона.

14.2. Беременные с высоким риском развития преэклампсии:

- указание на раннюю и/или тяжелую преэклампсию в анамнезе;
- семейный анамнез преэклампсии;
- ХАГ;
- многоплодие;
- сахарный диабет, ожирение;
- антифосфолипидный синдром, мутация фактора Лейдена;
- беременность после вспомогательных репродуктивных технологий;
- поздний репродуктивный возраст;
- первая беременность;
- хронические заболевания почек, заболевания соединительной ткани;
- чрезмерная прибавка веса при данной беременности;
- высокий риск преэклампсии по данным по результатам скрининга в сроке 11-13,6 недель (1/100 и менее);

Беременным группы высокого риска по развитию преэклампсии рекомендовано:

- назначить пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день;
- при низком потреблении кальция (менее 600 мг/сутки) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день;
- ежедневный самостоятельный мониторинг АД на протяжении всей беременности;
- ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока во время II УЗ-скрининга (в сроке 18-20,6 недель беременности) и в 3-м триместре беременности (в сроке 30-34 недели беременности);
- информировать о тревожных симптомах.

Беременные данной группы, мониторируются в АКДЦ РПЦ как беременные высокого риска.

14.3. Беременные с высоким риском развития ЗРП:

- рутинное измерение ОЖ, ВДМ и ведение гравидограммы при каждой явке - после 20 недель;
- определение ЧСС плода с помощью фетального доплера после 12 недель, акушерского стетоскопа после 20 недель;
- опрос на предмет характера шевелений плода;
- УЗИ в скрининговые сроки, КТГ с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели.

Беременным данной группы риска составляется индивидуальный план ведения с учетом риска развития ЗРП и своевременно проводятся диагностические мероприятия: селективное УЗИ, доплерометрия и КТГ.

15. В случае, если беременная не прошла комбинированный пренатальный скрининг первого этапа, то в сроке 16-18 недель гестации проводится забор крови на альфа-фетопротеин, свободну бета-единицу ХГЧ, свободный эстриол; затем образец крови с направлением установленного образца передается в клинко-диагностическую лабораторию (далее – КДЛ) РПЦ; при выявлении высокого риска ХА и/или ПРП показана консультация врача-генетика.

16. Всем беременным проводится психопрофилактическая подготовка к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребёнка, к грудному вскармливанию.

17. Обеспечение медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в том числе несовершеннолетним беременным осуществляется в кабинетах медико-социальной поддержки в медицинских организациях, а также в кабинете медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации РПЦ.

18. В дневной стационар направляются женщины для оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в сроке беременности до 22 недель гестации (за исключением проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации до 36 недель) и в послеродовом периоде, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Правила организации деятельности дневного стационара регламентированы приказом Минздрава Бурятии от 09.12.2015 №1669-ОД «Об организации деятельности дневных стационаров медицинских организаций».

19. Врачи женских консультаций формулируют полный клинический диагноз, заполняют листок маршрутизации (Приложение №4) и определяют место планового родоразрешения в сроке беременности 35-36 недель с учетом анамнеза, течения беременности, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов. Беременная и члены ее семьи ознакамливаются с листком маршрутизации, информируются врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение, подписывают листок маршрутизации в 35-36 недель беременности.

20. Врачи женских консультаций осуществляют плановое направление беременных на родоразрешение в акушерский стационар с учетом степени риска

акушерских и перинатальных осложнений в соответствии с листком маршрутизации по согласованию с АКДЦ РПЦ за 10-14 дней до ожидаемого срока родов.

21. При направлении беременной на госпитализацию (в том числе в родах) учитывается желание пациентки по выбору медицинской организации в пределах установленной группы учреждения родовспоможения.

22. В случае, если беременная выбывает с места диспансерного наблюдения в другую медицинскую организацию, в том числе временно, акушерка передаёт информацию о беременной по новому адресу с записью в индивидуальной и обменной картах беременной, с указанием даты, времени, Ф.И.О. лица, принявшего информацию.

23. Для оказания медицинской помощи в стационарных условиях беременным, не имеющим прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений, беременная направляется в отделение (койки) акушерского ухода для беременных согласно приказу Минздрава Бурятии от 27.12.2016 №1998-ОД «Об открытии отделения (коек) акушерского ухода в государственных медицинских организациях Республики Бурятия в 2017 году».

24. Стационарный этап оказания медицинской помощи при осложнениях беременности осуществляется в отделениях (койках) патологии беременности учреждений I уровня, в ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан-Удэ», ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ» согласно группе риска акушерских и перинатальных осложнений.

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

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

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

В родильном зале при отсутствии противопоказаний рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут, также рекомендуется поддержка грудного вскармливания.

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

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

Перед выпиской родильнице проводится УЗИ органов малого таза.

27. При выписке лечащий врач/акушерка/медицинская сестра дает разъяснения родильнице о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.

28. Информация о выписке родильницы и новорожденного ответственное лицо передаёт в женскую консультацию по фактическому месту проживания с отметкой в медицинской документации (даты, времени передачи информации и Ф.И.О. лица, принявшего и передавшего информацию).

29. При самовольном уходе беременной из стационара (в том числе при отказе от госпитализации и дальнейшего лечения) ответственное лицо передаёт информацию о пациентке в женскую консультацию по месту диспансерного наблюдения (или по месту регистрации/проживания женщины), о чём делает запись в медицинской документации (истории родов, медицинской карте стационарного больного, журнале отказов от госпитализации в приёмном отделении) с указанием даты, времени, Ф.И.О. лица, принявшего и передавшего информацию.

30. В случае поступления в стационар родильницы, родоразрешившейся вне медицинской организации, проводится экстренная профилактика столбняка матери и новорожденному в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3113-13.

31. Патронаж беременных и родильниц проводится в соответствии с графиком работы медицинского персонала, утвержденным руководителем медицинской организации.

Патронаж проводится:

- акушеркой, фельдшером, медицинской сестрой (при неявке на назначенный визит - не отвечает на телефонные звонки, при отказе от госпитализации или посещения женской консультации, во время неблагоприятной эпидемиологической ситуации, после получения информации из других медицинских организаций о беременной, не стоящей на диспансерном учете в женской консультации);

- врачом-акушером-гинекологом (для пациентов с ограниченными физическими возможностями, во время эпидемиологической ситуации);

- специалистами кабинета медико-социальной помощи женской консультации (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) при взятии на диспансерный учет по беременности (первичный патронаж), в группах социального риска и асоциального поведения, после неоднократных патронажей акушеркой.

Во время проведения патронажа проводится опрос пациента (сбор жалоб, анамнеза); измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела, окружности живота, высоты дна матки; аускультация сердечных тонов плода с помощью анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности плода, малогабаритного с 12 недель беременности; аускультация сердечных тонов плода акушерским стетоскопом с 20 недель беременности; оформление направлений на обследование, госпитализацию; приглашение на прием к врачу-акушеру-гинекологу; оценка условий жизни; заполнение листа патронажа для вклейки в индивидуальную карту беременной.

При наличии показаний для лечения в стационарных условиях проводится вызов бригады скорой медицинской помощи для медицинской эвакуации

пациентки, оформление направления на госпитализацию, информирование врача-акушера-гинеколога о госпитализации, при необходимости – администрации медицинской организации.

Периодичность проведения патронажа определяется медицинскими показаниями.

32. С целью оказания первичной медико-санитарной помощи (врачебной и доврачебной) беременным, проживающим в селе, на фельдшерско-акушерские пункты, во врачебные амбулатории, участковые больницы, участки общей врачебной практики администрацией центральной районной больницы организуются мобильные медицинские бригады специалистов (врач-акушер-гинеколог, специалисты кабинета медико-социальной помощи и другие).

**ЛИСТ МАРШРУТИЗАЦИИ
беременной женщины на родоразрешение**

(оформляется в 35-36 недель и вклеивается в обменную и индивидуальную карты беременной на 1 странице)

Ф.И.О. беременной женщины _____
Женская консультация (кабинет) _____
(наименование медицинской организации) _____
Место проживания _____
Лечащий врач _____
(Фамилия, имя, отчество) _____
Диагноз в 35-36 недель: _____

Дородовая пренатальная диагностика

Кабинет пренатальной диагностики	Дата проведения, заключение
УЗИ – экспертное (11-14недель)	
Биохимический скрининг (11-14недель)	
УЗИ экспертное (19-21неделя)	
УЗИ + доплерометрия (32 -34 недели)	

Степень риска развития осложнений: низкая, средняя, высокая (обвести)

Подлежит родоразрешению в учреждении родовспоможения I, II, IIIА группы (обвести)
()

(Указать наименование медицинской организации для родоразрешения)

Дородовая госпитализация: показана/нет _____
(указать в каком сроке беременности)

Беременная информирована об уровне медицинской организации и необходимости госпитализации	Подписи пациентки и членов её семьи с указанием степени родства

Дата направления на родоразрешение:

Плановое	
Экстренное	

Дата заполнения _____

Подпись лечащего врача (с расшифровкой – ФИО) _____ (_____)

Подпись заведующего женской консультацией/
заместителя главного врача (с расшифровкой – ФИО) _____ (_____)

Взаимодействие медицинских организаций Республики Бурятия 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 врачебной комиссии женской консультации беременные госпитализируются в профильные отделения государственных медицинских организаций Республики Бурятия 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.

3. Беременные и роженицы с акушерской патологией в сочетании с инфекциями, требующими изоляции (открытая форма туберкулеза, особо опасные инфекции) госпитализируются в акушерские стационары, имеющие боксированные палаты (ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан-Удэ», ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр»).

5. Родильницы с декомпенсированной экстрагенитальной патологией и осложнениями родов с развитием тяжелых витальных функций из акушерских стационаров (отделений) госпитализируются в ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» по решению консилиума врачей и согласованию с АДКЦ РПЦ и администрацией ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко».

6. Госпитализация пациенток с экстрагенитальной - патологией осуществляется в соответствии со схемой направления на госпитализацию беременных и родильниц с экстрагенитальными заболеваниями в многопрофильные больницы Республики Бурятия в соответствии с актуальным приказом Минздрава Бурятии, регламентирующим маршрутизацию пациентов при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме в медицинских организациях г. Улан-Удэ.

Оказание медицинской помощи при угрожающих или начавшихся преждевременных родах (далее – ПР) для медицинских организаций I группы

Классификация ПР в соответствии со сроком беременности

- Экстремально ранние ПР – 22,0 – 27,6 недель.
- Ранние ПР – 28,0 – 31,6 недель.
- 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 недель.

Алгоритм действий при угрожающих или начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I группы:

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 и в соответствии с приказом Минздрава Бурятии от 07.06.2017 №837-ОД «О правилах взаимодействия медицинских организаций Республики Бурятия при оказании экстренной консультативной медицинской помощи и проведении медицинской эвакуации».
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 №8), которая вместе с сопроводительным листом (переводным эпикризом) передается врачу приемного отделения или врачу выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф» Республики Бурятия (далее – ТЦМК).

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, наличии 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. Дальнейшее ведение преждевременных родов проводится, согласно клиническим рекомендациям (протоколу лечения) «Преждевременные роды».

Показания для проведения токолиза

1. Клинические проявления: регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин) при сроке беременности от 22 до 33,6 недель.

2. Динамические изменения со стороны шейки матки (укорочение, сглаживание, увеличение степени раскрытия шейки матки).

3. 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.

Противопоказания к токолизу

1. 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);

2. Преждевременный разрыв плодных оболочек при беременности в сроке > 30 недель; задержка роста плода и/или признаки дистресса плода;

3. Хорионамнионит;

4. Отслойка плаценты;

5. Состояние, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери, несостоятельный рубец на матке);

6. Пороки развития плода, несовместимые с жизнью;

7. Антенатальная гибель плода.

Токолитик	Препарат	Болюсное	Поддерживающая	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 продолжительная (до 45 часов) инфузия атозибана в дозе 100 мкг/мин (скорость введения 8 мл/час или 3 капли/мин.).</i>	При необходимости 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 сократительной 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 сократительной	Используется off-label, поэтому перед его применением необходимо <u>заключение ВК и ИДС</u> с 24 недель

					активность ю матки.	
3 линия	Гексопрена лин	Болюсное введение 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенног о в 10 мл изотоническ ого 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 течение 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

Профилактика РДС плода

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.

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).

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

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»).

Профилактика инфекционных осложнений

- *при диагностике преждевременных родов* - Ампициллин - начальная доза 2 г в/в сразу после диагностики преждевременных родов, затем по 1 г каждые 4 часа до родоразрешения;

- Цефалоспорины I поколения (Цефазолин, Цефалексин) начальная доза 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения;

- *при положительном результате посева на стрептококк группы В* начальная доза 3 г Пенициллина в/в, затем по 1,5 г каждые 4 часа до родоразрешения;

- *при дородовом излитии околоплодных вод* - Ампициллин 0,5 г per os каждые 6 часов или Эритромицин 0,5 г per os каждые 6 часов;

- *при выявлении В-гемолитического стрептококка в микробиологических посевах* - Пенициллин по 1,5 г в/м каждые 4 часа.

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 грудной клетке до возможности их разрешения;
- эклампсия;
- неэффективность токолиза при преждевременных родах;
- активная фаза родов (раскрытие шейки матки более 3 см).

На каждый случай преждевременных родов, произошедших в МО I группы, проводится внутренний аудит и заполняется форма регионального регистра преждевременных родов и направляется в АДКЦ в формате PDF не позднее 3-х дней после ПР.

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 введения)	
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)	

РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

(заполняется на каждый случай преждевременных родов, произошедших в ЦРБ)

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

Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

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

2. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется на основе актуальной версии клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи.

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

4. При первичном обращении женщины с целью искусственного прерывания беременности врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия – врач общей практики (семейный врач), медицинский работник ФАП, ВА, ФП направляет пациентку в кабинет медико-социальной помощи женской консультации или в кабинет медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи и/или кабинета медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию, на основе ИДС женщины.

5. Врач-акушер-гинеколог проводит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности.

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

6. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности в сроке беременности

четвертая – седьмая недели, в сроке беременности одиннадцатая – двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая – десятая недели беременности¹.

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

Прерывание беременности в сроки, предусмотренные клиническими рекомендациями медикаментозным методом, проводится врачом-акушером-гинекологом в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5 – 2 часов после приема лекарственных препаратов. При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

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

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

8. Для прерывания беременности сроком более двенадцати недель рекомендуется как медикаментозные, так и хирургические методы.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям в сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения РПЦ.

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям в сроке беременности более 22 недель проводится в условиях акушерского стационара РПЦ и ГПЦ.

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям у женщин с высоким риском осложнений в сроке беременности более 22 недель проводится в условиях акушерского стационара РПЦ.

9. Информация о наличии беременной, нуждающейся в искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны матери в сроке гестации до 22 недель, передается в АДКИЦ РПЦ для осуществления контроля маршрутизации.

10. Искусственное прерывание беременности осуществляется с

¹ Статья 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

обязательным обезболиванием на основе ИДС женщины.

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

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

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

Оказание медицинской помощи беременным с пороками развития у плода

1. Порядок взаимодействия медицинских организаций Республики Бурятия по проведению пренатального обследования беременных женщин с целью выявления врожденной и наследственной патологии у плода определен приказом Минздрава Бурятии от 25.12.2020 №1149-ОД «Об утверждении порядка проведения оценки антенатального развития на территории Республики Бурятия».

2. При диагностированных ПРП, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи новорожденному проводится пренатальный консилиум согласно приказу Минздрава Бурятии от 03.03.2020 №109 «О создании перинатального консилиума».

3. При установлении консилиумом возможности хирургической коррекции ПРП во время беременности, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». При необходимости организуется телемедицинская консультация с федеральными центрами согласно профилю порока плода в соответствии с приказом Минздрава России от 02.10.2019 №824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», для чего заведующий КДО РПЦ в течение трех рабочих дней предоставляет комплект документов для плановой телемедицинской консультации, в течение суток - для неотложной, в том числе посредством подсистемы единой системы и (или) электронной связи и организует телемедицинскую консультацию, в том числе при необходимости и дистанционное УЗИ. Протоколы телемедицинских консультаций из федеральных центров направляются заведующей КДО РПЦ врачу-акушеру-гинекологу, осуществляющему диспансерное наблюдение пациентки.

4. Если, по заключению консилиума, хирургическая коррекция ПРП в неонатальном периоде возможна, то беременная для родоразрешения направляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палату реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и возможность оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия»).

5. При наличии у плода врожденного порока сердца (далее - ВПС), требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «детской хирургии» и имеющую возможности оказания неотложной хирургической

помощи, в том числе с привлечением врачей - сердечно-сосудистых хирургов из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», для проведения медицинского вмешательства. Эвакуация новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи может осуществляться выездной педиатрической бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

6. При направлении беременной для родоразрешения в федеральный центр врачу женской консультации совместно с заведующим КДО РПЦ и пациенткой необходимо предварительно решить организационные вопросы:

- выбор медицинской организации для родоразрешения;
- установление даты госпитализации и даты выезда в федеральный центр;
- определение вида транспорта и необходимости медицинского сопровождения;
- при необходимости медицинского сопровождения беременной – предварительная подача заявления на медицинское сопровождение по утвержденной форме в ГБУЗ «ГЦМК РБ».
- подготовка медицинской документации согласно перечню принимающей медицинской организации.

Ответственным за своевременную маршрутизацию беременной в федеральный центр является лечащий врач/заведующий женской консультации ГП/районный врач-акушер-гинеколог ЦРБ.

7. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней – трех месяцев жизни ребенка, беременная направляется для родоразрешения в РПЦ.

8. При наличии у плода изолированного ПРП (поражение одного органа или системы), требующих хирургической коррекции в ДРКБ и отсутствии пренатальных данных за возможное сочетание порока с генетическими синдромами или хромосомными аномалиями, беременная женщина направляется для родоразрешения в ГПЦ с последующей экстренной медицинской эвакуацией новорожденного в ДРКБ для проведения хирургического вмешательства после стабилизации состояния. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой.

Беременные с ПРП данного типа также могут быть консультированы консилиумом врачей (врач-акушер-гинеколог, врач-детский хирург, врач-генетик, врач ультразвуковой диагностики) федеральных медицинских организаций. По результатам консультирования они могут быть направлены для родоразрешения в акушерские стационары федеральных медицинских организаций с целью оказания медицинской помощи новорожденному в условиях отделения хирургии

новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

9. При наличии у плода ПРП, сочетающегося с хромосомными аномалиями, или наличии множественных ПРП проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (генетическое обследование, ЭХО-кардиография у плода, магнитно-резонансная и/или компьютерная томография плода). С результатами обследования проводится консультирование консилиумом врачей федеральной медицинской организации (в т. ч. с применением телемедицины) для решения вопроса о месте родоразрешения беременной.

10. При наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, перинатальным консилиумом предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям. В случае добровольного информированного согласия беременной и заключения перинатального консилиума о наличии показаний для проведения искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям пациентка направляется в сроке беременности до 22 недель в гинекологическое отделение РПЦ, более 22 недель – в акушерский стационар РПЦ / ГПЦ.

11. В случае отказа родителей от прерывания беременности оформляется информированный отказ от прерывания беременности. Перинатальный консилиум предоставляет беременной всестороннюю медицинскую информацию о результатах ее обследования и характере выявленных аномалий развития у плода, и на основании современных медицинских знаний предоставляет сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода как до, так и после рождения. Ведение беременности осуществляется в соответствии с Порядком.

Разделение женских консультаций Республики Бурятия и порядок взаимодействия с КДО ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ» при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности

Группы (согласно приказу №1130н)	Наименование медицинских организаций
I – женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при центральных районных больницах и районных больницах, акушерских стационарах первой группы (уровня), оказывающие первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек.	1. ГБУЗ «Баргузинская ЦРБ» 2. ГБУЗ «Баунтовская ЦРБ» 3. ГБУЗ «Бичурская ЦРБ» 4. ГАУЗ «Гусиноозерская ЦРБ» 5. ГБУЗ «Еравнинская ЦРБ» 6. ГАУЗ «Зайграевская ЦРБ» 7. ГБУЗ «Закаменская ЦРБ» 8. ГАУЗ «Иволгинская ЦРБ» 9. ГБУЗ «Кабанская ЦРБ» 10. ГАУЗ «Кижингинская ЦРБ» 11. ГБУЗ «Курумканская ЦРБ» 12. ГБУЗ «Кяхтинская ЦРБ» 13. ГБУЗ «Муйская ЦРБ» 14. ГБУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» 15. ГБУЗ «Нижнеангарская ЦРБ» 16. ГБУЗ «Окинская ЦРБ» 17. ГБУЗ «Петропавловская ЦРБ» 18. ГБУЗ «Прибайкальская ЦРБ» 19. ГБУЗ «Тарбагатайская ЦРБ» 20. ГБУЗ «Тункинская ЦРБ» 21. ГБУЗ «Хоринская ЦРБ» 22. ЧУЗ «Больница» РЖД-медицина» г. Северобайкальск»
II – женские консультации самостоятельные или в составе родильных домов второй группы (уровня), городских больниц и поликлиник с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек, а также межрайонных перинатальных центров с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек.	ГБУЗ Городская поликлиника №1 ГАУЗ Городская поликлиника №2 ГБУЗ Городская поликлиника №3 ГБУЗ Городская больница №4 ГБУЗ Городская больница №5 ГАУЗ Городская поликлиника №6
III – консультативно-диагностические отделения перинатальных центров, республиканских, краевых, областных, окружных родильных домов, центров охраны материнства и детства, самостоятельные центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков.	ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр Минздрава Бурятии»

1. В КДО РПЦ на консультативный прием 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 аборт, операции на матке и придатках, тяжелые родовые травмы родовых путей, рождение детей с пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов) после первого УЗ-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 с 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 инсулинпотребный, 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 подтверждённые 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;

- при выявлении ПРП для экспертного УЗИ и проведения пренатального консилиума - независимо от срока беременности;

- с многоплодной беременностью (монохориальная двойня, тройня) - с момента постановки диагноза;

- с предлежанием плаценты: полное предлежание плаценты - после 2 скрининга, низкое предлежание плаценты (менее 30 мм) - после третьего скрининга;

- с признаками врастания плаценты - сразу после выявления;

- иммунологический конфликт (Rh и АВО-изосенсибилизация) - с момента выявления;

- с ЗРП и нарушениями маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока - сразу после выявления.

2. Плановое консультирование проводится по предварительной записи при наличии направления утвержденной формы, выданного МО (фондодержателем) по месту прикрепления/жительства, в соответствии с совместным приказом Минздрава Бурятии от 30.03.2020 №205-ОД и ТФОМС РБ от 30.03.2020 №141 «О порядке взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, Территориального фонда ОМС Республики Бурятия при оказании медицинской помощи в плановой форме». При обращении, беременная должна иметь при себе надлежаще заполненную обменную карту, направление, страховой медицинский полис, документ, удостоверяющий личность пациента (паспорт, свидетельство о рождении для детей до 14 лет), СНИЛС.

3. По согласованию с МО, осуществляющей диспансерное наблюдение беременной, и по решению перинатального консилиума/врачебной комиссии

беременная может быть переведена для дальнейшего диспансерного наблюдения в КДО РПЦ, с учетом желания женщины по выбору медицинского учреждения.

4. Консультирование беременных из отдаленных районов республики и/или в особых условиях (эпидемиологическая обстановка и т.п.) может быть проведено посредством телемедицинской консультации, дистанционно.

Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в Республике Бурятия

1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары I группы (уровня) являются:

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

2. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары II группы (уровня) являются:

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

3. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары III А группы (уровня) являются:

- состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов;
- заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения;
- состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с использованием инновационных технологий, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы;
- угрожающий и несостоявшийся выкидыш в сроке до 22 недель беременности, в том числе у беременных с индуцированной беременностью, беременностью после применения ВРТ, после оперативного лечения бесплодия, с привычным невынашиванием;
- беременные в сроке до 22 недель беременности для искусственного прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям, в том числе девочки-подростки;
- беременные в сроке до 12 недель беременности на искусственное прерывание беременности с отягощенным гинекологическим анамнезом (рубцы на матке, миома матки, хронические воспалительные заболевания органов малого

таза, аномалии развития половых органов и другая гинекологическая патология), при наличии тяжелых соматических заболеваний, юные.

Стационарная помощь гинекологическим больным оказывается в медицинских организациях, которые в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения разделяются на три группы (уровня) по возможности оказания медицинской помощи.

Разделение медицинских организаций Республики Бурятия на группы по оказанию медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

Группы (согласно приказу №1130н)	Наименование медицинских организаций
I – медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологической патологией в гинекологических палатах хирургических отделений (с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек, при удаленности ближайшего гинекологического стационара более 100 км и временем доставки пациентов более 60 мин.) или гинекологических отделениях в составе центральных районных больниц, городских больниц, ведомственных больниц с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек.	1. ГБУЗ «Баргузинская ЦРБ» 2. ГБУЗ «Баунтовская ЦРБ» 3. ГБУЗ «Бичурская ЦРБ» 4. ГАУЗ «Гусиноозерская ЦРБ» 5. ГБУЗ «Еравнинская ЦРБ» 6. ГАУЗ «Заиграевская ЦРБ» 7. ГБУЗ «Закаменская ЦРБ» 8. ГАУЗ «Иволгинская ЦРБ» 9. ГБУЗ «Кабанская ЦРБ» 10. ГАУЗ «Кижингинская ЦРБ» 11. ГБУЗ «Курумканская ЦРБ» 12. ГБУЗ «Кяхтинская ЦРБ» 13. ГБУЗ «Муйская ЦРБ» 14. ГБУЗ «Мухоршибирская ЦРБ» 15. ГБУЗ «Нижнеангарская ЦРБ» 16. ГБУЗ «Окинская ЦРБ» 17. ГБУЗ «Петропавловская ЦРБ» 18. ГБУЗ «Прибайкальская ЦРБ» 19. ГБУЗ «Тарбагатайская ЦРБ» 20. ГБУЗ «Тункинская ЦРБ» 21. ГБУЗ «Хоринская ЦРБ» 22. ЧУЗ «Больница» РЖД-медицина» г. Северобайкальск»
II – гинекологические отделения городских больниц, городских больниц скорой медицинской помощи, медико-санитарных частей, диспансеров или центров, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек.	ЧУЗ «Больница» РЖД-медицина» г. Улан- Удэ»

III А – гинекологические отделения городских, республиканских, клинических больниц, перинатальных центров, и других медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»	ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр Минздрава Бурятии» ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»
--	---

ШКАЛА ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

(В БАЛЛАХ ПО СРОКАМ БЕРЕМЕННОСТИ)

№ п/п	Наименование фактора риска	Бал- лы	1 явка	После обсле- дования	Сроки беременности (вписать срок при возникновении риска)							
					16	22			30	36		40
I. Социально – биологические факторы												
1	Возраст матери: менее 18 лет	2										
	для первородящих 30 - 34 года	2										
	для первородящих 35 – 39 лет	3										
	40 и более лет	4										
2	Возраст отца 40 лет и более	2										
3	Профессиональные вредности: у матери	3										
	у отца	3										
4	Вредные привычки у матери-курение 1 пачки в день	2										
	Злоупотребление алкоголем, алкоголизм мать	4										
	отец	2										
	Наркомания: мать	5										
	отец	5										
5	Эмоциональные нагрузки у матери при беременности	2										
6	Рост и весовые показатели матери: рост 155 см и <	2										
	Вес на 25% выше или ниже нормы	2										
7	Предгравидарная подготовка в гр. риска не проведена	1										
	Сумма баллов по социально-биологическим факторам											
II. Акушерско - гинекологический анамнез (до беременности)												
8	Начало половой жизни до 18 лет	1										
9	Паритет 4 – 7 беременностей	1										
	8 и более	2										
10	Аборты или внутриматочные вмешательства перед первыми предстоящими родами 1	2										
	2 и более	4										
11	Аборты или внутриматочные вмешательства перед повторными или после последних родов 3 и более	2										
12	Преждевременные роды 1	2										
	2 и более	4										
13	Мертворождение в анамнезе 1	3										
14	Привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность - 1	3										
15	Мертворождение, привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность 2 и более	8										
16	Смерть детей в неонатальном периоде в анамнезе 1	3										
	2 и более	7										
17	Аномалии развития у детей в анамнезе	3										
18	Рождение детей с выраженными неврол.нарушениями	3										
19	Вес доношенных детей до 2500 или более 4000	2										
20	Бесплодие 2 - 4 года	2										
	5 лет и более	4										
21	Внематочная беременность в анамнезе	2										
22	Рубец на матке после операции	4										
23	Опухоли матки и / или яичников	4										
24	Пороки развития матки	3										
25	ИЦН, доброкачественные заболевания, грубая деформация шейки матки	2										
26	Хр. ВЗОМТ, осложнения после родов, аборт, ВМК	3										
	Сумма баллов анамнеза											
III. Экстрагенитальные заболевания матери во время беременности												

[illegible]

62	Хроническая ФПН	4																	
63	ИЦН	5																	
Сумма баллов осложнений беременности																			
V. Оценка состояния плода при беременности																			
64	Отклонение показателей комбинированного скрининга при беременности 11 – 14 недель	4																	
65	Отклонение показателей комбинированного скрининга при беременности 16 – 18 недель	4																	
66	Гипотрофия плода	10																	
67	Нарушение гемодинамики I А ст.	3																	
	Нарушение гемодинамики I В ст.	5																	
	Нарушение гемодинамики II ст.	8																	
	Нарушение гемодинамики III ст.	10																	
68	Порок развития плода, не требующий опер. лечения	3																	
	Порок развития плода, требующий оперативного лечения сразу после родов	15																	
	Порок развития плода, требующий оперативного лечения отсрочено после родов	10																	
69	Патологическая КТГ (бальная оценка КТГ по Fischer в модификации Krebs)	10																	
Сумма баллов																			
Итого:																			

Низкая степень риска: от 2 до 4 баллов

Средняя степень риска: от 5 до 10 баллов

Высокая степень риска: свыше 10 баллов.

Если пациентка набирает по одному виду 10 баллов, то она входит в группу высокого перинатального риска.