

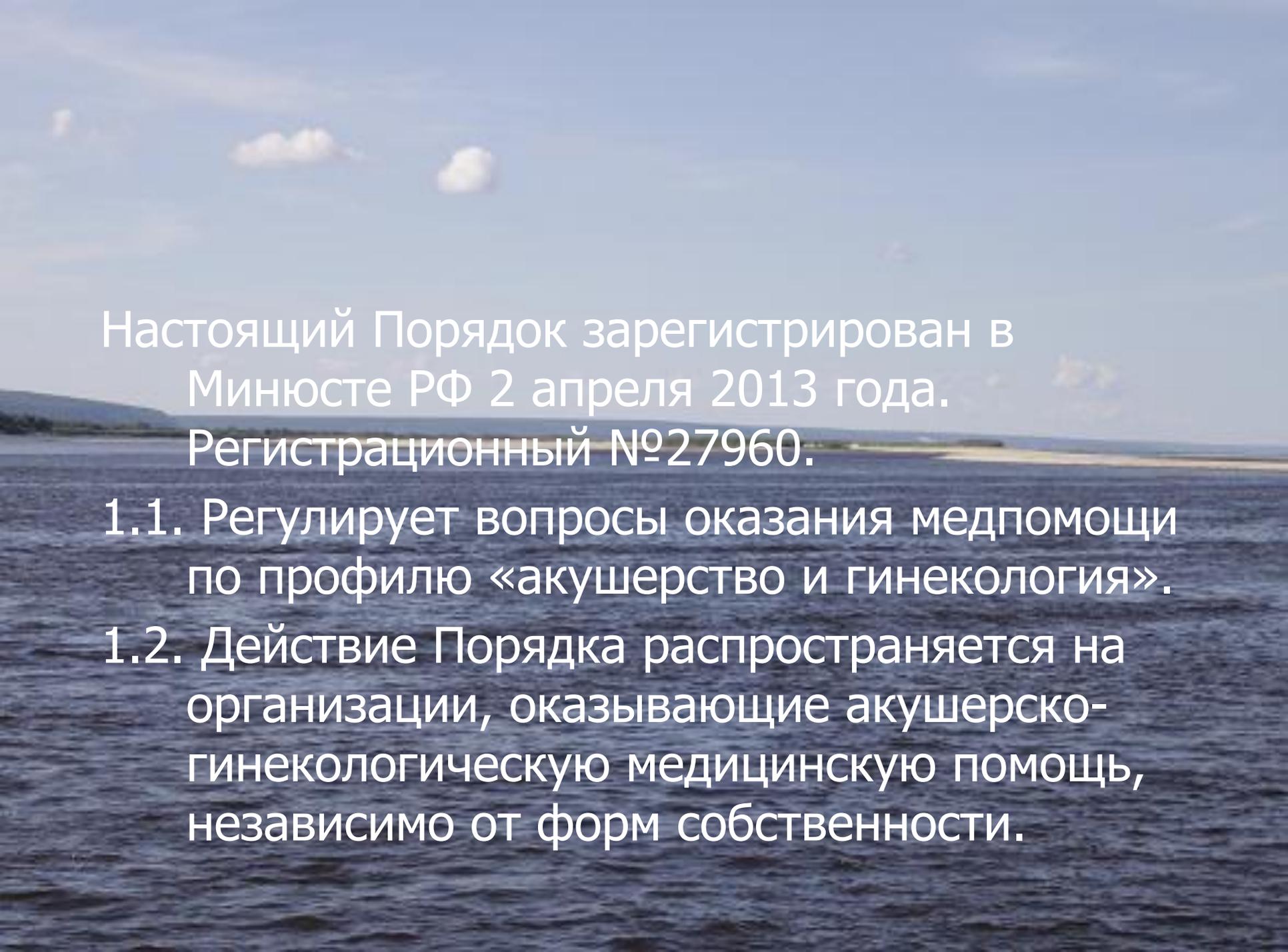


**Приказ Минздравсоцразвития РФ
№572Н от 1 ноября 2012 года «Об
утверждении Порядка оказания
акушерско-гинекологической
помощи» по профилю
«акушерство и гинекология (за
исключением использования
вспомогательных репродуктивных
технологий)»**

**К.м.н., доцент СОЛОВЬЕВА
Марианна Иннокентьевна
Медицинский институт СВФУ
Якутск 2015**

Данным приказом признаны утратившими силу №808Н от 2 окт 2009г., и №484 от 14 окт 2003г.

- Приказ от 29 апреля 2013 г. №268 о признании утратившим силу приказа МЗ РФ от 10 февраля 2003 г. №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

The background of the slide is a photograph of a wide, calm lake under a clear blue sky with a few scattered white clouds. The water is dark blue, and the horizon is visible in the distance. The text is overlaid on this image.

Настоящий Порядок зарегистрирован в
Минюсте РФ 2 апреля 2013 года.
Регистрационный №27960.

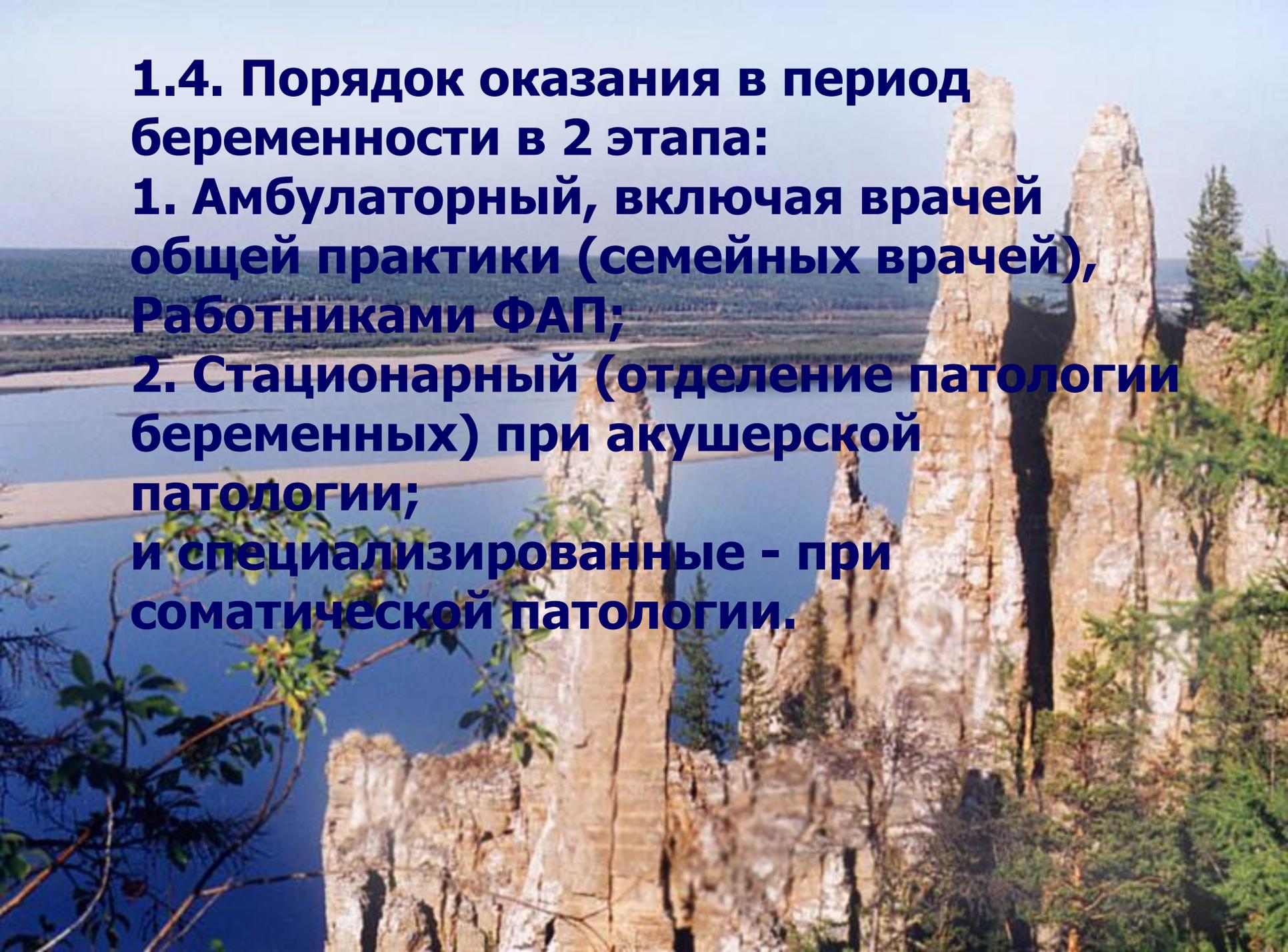
- 1.1. Регулирует вопросы оказания медпомощи по профилю «акушерство и гинекология».
- 1.2. Действие Порядка распространяется на организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, независимо от форм собственности.

1.4. Порядок оказания в период беременности в 2 этапа:

1. Амбулаторный, включая врачей общей практики (семейных врачей), Работниками ФАП;

2. Стационарный (отделение патологии беременных) при акушерской патологии;

и специализированные - при соматической патологии.



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

1.6. При физиологическом течении беременности

- Врачом акушером-гинекологом – не менее семи раз;
- Терапевтом, стоматологом не менее двух раз;
- ЛОР, окулистом – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в ж/к);
- Другими специалистами по показаниям.
- При сроке 11-14 недель – ХГЧ и плазменный альбумин.

- Скрининговое УЗИ: в 11-14 недель;
- 18-21 неделю для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода;
- 30-34 недели может проводиться по месту жительства;



1.7. при установлении у беременной высокого риска по хромосомным нарушениям у плода – риск 1/100 и выше в 1 триместре

- и ВПР в 1,2 и 3 триместрах врач акушер-гинеколог направляет ее в МГК.
- В случае постановки хромосомных нарушений и ВПР у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание проводится независимо от срока беременности

- По решению перинатального консилиума врачей после получения информированного согласия беременной женщины.
- До 22 недель в гинекологическое отделение, в 22 недели и более проводится в условиях наблюдационного отделения акушерского стационара.

- 1.8. При ВПР у плода необходимо проведение перинатального консилиума врачей – акушер-гинеколог, врач-неонатолог и врач детский хирург.
- При ВПР, требующих специализированной помощи – врач акушер-гинеколог, врач УЗИ, врач-генетик, врач-неонатолог, врач детский кардиолог и детский хирург.

- 1.9. В соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом акушером-гинекологом делается заключение о возможности вынашивания беременности.
- Окончательное заключение о возможности вынашивания делается до 22 недельного срока беременности.

1.10. по медпоказаниям до 22 нед в г/о.

- 1.11. Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде определена приложением №5.
- 1.12. беременным по показаниям предлагается долечивание и реабилитация в санаторно-курортных организациях с учетом профиля заболевания.

1.15. при экстрагенитальных заболеваниях вне зависимости от срока в профильное учреждение.

- Беременные и в послеродовом периоде могут направляться в дневные стационары – длительность пребывания 4-6 часов.
- 1.16. В случаях преждевременных родов в 22 недели в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

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



11. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам с ВПР внутренних органов у плода

- 2.19 – 21. информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.
- 2.22. в случае отказа беременная ведется как в 1 разделе.
- 2.23. при ухудшении состояния плода, плацентарных нарушениях в акушерский стационар.

2.24 ВПС у плода, с ВПС у беременных

- 3.28. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения учреждения здравоохранения, оказывающие медпомощь в период родов и в послеродовой период, разделяются на 3 группы;
- Первая группа – акушерский стационар, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога

Вторая группа

- - акушерские стационары имеют в своей структуре отделения (палаты) реанимации; межрайонные перинатальные центры;
- **Третья группа А и Б** – областные, краевые, республиканские (высокая степень риска).

- 29.3. преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
- Предлежание плаценты по УЗИ в сроке 34-36 недель;
- Поперечное и косое положение плода;
- Преэклампсия, эклампсия;

- Холестаза, гепатоз беременных;
- Кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- Рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
- Беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности 3-4 степени

- Задержка внутриутробного роста плода 2-3 степени;
- Изоиммунизация при беременности;
- Наличие у плода ВПР, требующих хирургической коррекции;
- Метаболические заболевания у плода (требующие лечения сразу после рождения);
- Водянка плода;
- Тяжелое много- и маловодие;
- Заболевания ССС вне зависимости от степени недостаточности

- Тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при беременности;
- Заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- Диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

Помощь гинекологическим больным – 5 групп состояния здоровья:

- 1 – здоровые в репродуктивном плане женщины (1 раз в год);
- 2 – с риском возникновения патологии репродуктивной системы (1 раз в год);
- 3 – с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы;

- 4 – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;
- 5 – женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Группы диспансерного наблюдения:

- 1 группа - с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;
- 2 группа – с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

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

Профилактические осмотры девочек и девочек-подростков:

- в 3 года, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет.
- В остальные возрастные периоды осмотр проводится врачом – педиатром, врачом общей практики, семейным врачом, или на ФАПе.

93. Четыре группы состояния здоровья:

- 1 – практически здоровые девочки, девочки с фактором риска формирования патологии репродуктивной системы;
- 2 – с расстройствами менструаций, с функциональными кистами, с доброкачественными болезнями молочных желез, с травмой и с острым воспалением внутренних половых органов;
- 3 – с нарушениями менструаций на фоне хронической экстрагенитальной и эндокринной патологии.

- 4 – с нарушением полового развития, с пороками развития половых органов,
- 5 – девочки инвалиды с нарушением полового развития, расстройствами менструаций и заболеваниями наружных и внутренних половых органов.

Группы диспансерного наблюдения девочек:

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

ФЗ №323 от 21.11.11г.

- «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» В Статье 56.
«Искусственное прерывание беременности» указано, что каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве.

102. У несовершеннолетних младше 15 лет

- А также больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе добровольного информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

С 15 лет

- Самостоятельно принимает решение и подписывает информированное согласие, а привлечение родителей или опекунов не требуется и может быть только по желанию женщины.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!