



Российский национальный
исследовательский
медицинский университет
имени Н. И. Пирогова

**Кафедра акушерства и гинекологии
лечебного факультета**
Зав. кафедрой профессор Доброхотова Ю.Э.

**Приказ Минздрава России от 20.10.2020
N1130н
"Об утверждении Порядка оказания
медицинской помощи по профилю
"акушерство и гинекология"
(Зарегистрировано в Минюсте России
12.11.2020 N 60869)**

д.м.н. Боровкова Е.И.

Настоящий приказ вступил в силу с 1 января 2021 г. и действует до 1 января 2027 года

Утверждены:

- **Порядок** оказания мед. помощи по профилю "акушерство и гинекология" приложение N 1;
- Форма **индивидуальной мед. карты беременной** и родильницы (форма N 111/y-20) приложение N 2;
- Форма **обменной карты** (форма N 113/y-20) приложение N 3;
- Форма мед. карты беременной, роженицы и родильницы, **в стационарных условиях** (форма N 096/1y-20), приложение N 4;
- Форма карты пациента **гинекологического профиля** (вкладыш в медицинскую карту пациента в **амбулаторных условиях**) приложение N 5;
- Форма карты пациента **дневного стационара** акушерско-гинекологического профиля (вкладыш в карту стационарного больного) приложение N 6;
- Форма карты пациента **гинекологического отделения стационара** (вкладыш в карту **стационарного** больного) приложение N 7;
- Форма карты пациента при **искусственном прерывании беременности медикаментозным методом** (вкладыш в карту пациента, в амбулаторных или в стационарных условиях) приложение N 8;
- Форма карты пациента при **искусственном прерывании беременности хирургическим методом** (вкладыш в карту стационарного больного) приложение N 9;
- **Форма карты донесения** о случае материнской смерти (форма N 003/y-МС-20) приложение N 10

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

При **физиологическом течении беременности** осмотры беременных женщин проводятся:

- **врачом - акушером-гинекологом** - не менее **5** раз;
- **врачом-терапевтом** - не менее **2** раз (первый осмотр не позднее 7 - 10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);
- **врачом-стоматологом** - не менее **1** раза;
- **врачом-офтальмологом** - не менее **1** раза (не позднее 14 дней после первичного обращения);
- другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Протокол «Нормальная беременность» 2020 года

- Кратность визитов к врачу акушеру-гинекологу: **4-7**
- Консультация терапевта и стоматолога – **при 1 визите и в III триместре**
- Консультация офтальмолога – **при 1 визите**

! Нет консультации ЛОР и ЭКГ

1. Осмотр молочных желез – **при 1-м визите (по показаниям, УЗИ)**
2. Осмотр PV при 1-м визите. **Повторные осмотры только при жалобах, для выявления ИЦН, ПР, оценки соотношения головки плода и таза)**
3. Женщины из группы риска по развитию ПЭ: **ежедневно дома вести мониторинг АД, с 12-ти недель – прием аспирина 150 мг (с 12 до 36 недель)**

Заключение о возможности продолжить беременность делается:

- При постановке на учет **до 11 - 12 недель** беременности.
- Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом - акушером-гинекологом **до 20 недель** беременности.
- В **36-37 недель** – формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.
- Беременная информируется о медицинской организации, в которой рекомендуется родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) **с отметкой в обменной карте.**

УЗИ плода

- в сроках **11 - 14 и 19 - 21** недель с оценкой **антенатального риска развития плода с ЗРП, ПР, ПЭ, хромосомных аномалий и пороков развития плода.**
- **В 11-14 недель** УЗИ проводится в кабинете антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля **второй или третьей группы**
- УЗИ проводится врачами-специалистами, прошедшими повышение **квалификации по проведению скринингового УЗИ** беременных в I триместре

Скрининг 11-14 недель

1

определение риска ЗРП, ПР и ПЭ: измерение роста, веса, АД, доплер в маточных артериях (PI)
трансвагинальная цервикометрия

2

Исключение пороков развития и признаков ХА.

3

Биохимический анализ крови на РАРР-А и свободной ХГЧ.
Заключение по результатам расчета направляется в медицинскую организацию, размещается в медицинской карте или выдается на руки пациентке.

4

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ (приложению N 7) и **выдаются на руки пациентке.**

Наличие высокого риска осложнений и развития ХА: 1/100 и выше

При установлении высокого риска ЗРП, ПР и ПЭ:

- консультация в акушерском дистанц. консультативном центре для дальнейшего мониторинга и профилактики осложнений.

При высоком риске ХА:

- консультация в медицинской организации 3 группы или медико-генетическом центре.
- повторное УЗИ
- повторный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА.

Подтверждение высокого риска ХА и пороков развития: 1/100 и выше

- Рекомендовано проведение инвазивного обследования (аспирация/биопсия ворсин хориона).
- Исследование проводится в медицинской организации акушерского профиля **третьей группы или медико-генетическом центре**, имеющей лицензии в условиях дневного или круглосуточного стационара.
- Полученный материал доставляется в генетическую лабораторию для проведения **генетической диагностики и заключения врача-генетика**.

При подтверждении диагноза ХА у плода

- Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в кабинет антенатальной охраны плода в электронном виде, размещаются в медицинской карте пациента **или** выдаются на руки.
- **Дальнейшая тактика определяется консилиумом врачей.**
- Заключение оформляется письменно и направляется лечащему врачу в электронном виде и размещается в медицинской карте пациента **или** выдается на руки пациентке.

УЗИ в 19-21 неделю беременности

- оценка фетометрии плода
- программный **перерасчет** риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА и пороков развития
- результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ (приложению N 9).
- В случае выявления (подтверждения) **высокого риска ХА и/или пороков**, ассоциированных с ХА, рекомендуется проведение инвазивного обследования (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).
- По результатам обследования беременной предоставляется информация о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, возможных вариантах медицинского вмешательства, на основании чего **женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.**

Медицинские показания для прерывания беременности

- наличие пороков развития плода, несовместимых с жизнью
- наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья
- при ХА
- при пороках, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения
- при отсутствии методов эффективного лечения, включая внутриутробную хирургическую коррекцию.
- В случае перинатальной смерти в связи с пороками развития **верификация диагноза** проводится на основе патолого-анатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, данных МРТ/КТ.

Прерывание беременности

- При медицинских показаниях для прерывания беременности **до 22 недель**, женщины направляются в гинекологические отделения медицинских учреждений
- Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям **после 22 недель** проводится в условиях акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела.
- При проведении фетоида допустимо прерывание беременности сроком более 22 недель в гинекологическом отделении.

Отказ от прерывания беременности при пороках развития плода и ХА

- Отказ оформляется документально
- Осуществляется рутинное ведение беременности.
- Выбор медицинской организации для родоразрешения определяется с учетом экстрагенитальных заболеваний у женщины, особенностей течения беременности и наличия в акушерском стационаре отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится

- **не ранее 48 ч** с момента обращения в сроке **4-7 недель** и в сроке **11 - 12 недель**, но не позднее окончания **12 недели**;
- **не ранее 7 дней** с момента обращения при сроке **8-9 неделя**.
- Для прерывания бер. **до 12 недель** могут использоваться хирургический и медикаментозный методы.
- **Медикаментозное прерывание:** амбулаторно или в условиях дневного стационара, наблюдение не менее 1,5 - 2 ч после приема лекарств.
- **Хирургическое прерывание:** в условиях дневного или круглосуточного стационара. Продолжительность наблюдения 3 - 4 часа.
- Прерывание беременности у женщин с клинически значимыми признаками истончения рубца, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний производится в стационарных условиях.
- **После** искусственного прерывания проводится послеабортное консультирование с разъяснением рисков осложнений и контрольный осмотр акушера-гинеколога **через 9 - 15 дней**.

Прерывание беременности по социальным показаниям

- Основанием для искусственного прерывания беременности более 12 недель является документ, подтверждающий наличие социального показания
- Для подтверждения наличия медицинских показаний формируется **врачебная комиссия** с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля третьей группы в составе акушера-гинеколога, врача - специалиста по профилю основного заболевания беременной, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации.

Госпитализация беременных

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения

- направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности
- совместное наблюдение врачом - специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом.
- при отсутствии в организации врача акушера-гинеколога медицинская помощь может оказываться акушером-гинекологом иных организаций.

При наличии акушерских осложнений, требующих стационарного лечения

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

Беременные, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, заблаговременно направляются на дородовую госпитализацию в отделения акушерского ухода.

Оказание медицинской помощи беременным с пороками развития у плода

Консилиум врачей в составе:
акушера-гинеколога
педиатра
неонатолога
специалиста по профилю выявленного ПРП.

возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП во время беременности

предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

возможна хирургическая коррекция ПРП в неонатальном периоде

направление беременных для родов в акушерские стационары, имеющие ОРИИТ для новорожденных и возможность оказания медицинской помощи по профилю "детская хирургия".

Заключение консилиума выдается на руки беременной, направляется лечащему врачу в электронном виде и размещается в медицинской карте пациента.

ВПС, требующие кардиохирургического вмешательства в первые дни жизни:

- с **обструкцией системного кровотока** (коарктация аорты/перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, критический стеноз клапана аорты);
- с **обструкцией легочного кровотока** (атрезия/стеноз легочной артерии с протокзависимой гемодинамикой, критическая форма аномалии Эбштейна, тотальный аномальный дренаж легочных с рестрикцией на коллекторе);
- **простая транспозиция магистральных артерий**;
- **открытый артериальный проток** у недоношенных (в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения).

Тактика госпитализации при ВПС плода, требующего экстренной коррекции после родов

Вопрос о месте и сроках родоразрешения беременной с ВПС у плода, требующими хирургической помощи, **решается консилиумом врачей**

При необходимости экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная направляется для родов:

1. В медицинскую организацию, имеющую лицензии по "акушерству и гинекологии, "сердечно-сосудистой хирургии" и (или) "детской хирургии" и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи с привлечением сердечно-сосудистых хирургов из иных медицинских организаций
2. В акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую помощь по профилю "сердечно-сосудистая хирургия".

Эвакуация новорожденного может осуществляться выездной педиатрической бригадой СМП анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

ВПС, требующие планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни:

- простая транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки более 6 мм;
- тотальный аномальный дренаж легочных вен;
- общий артериальный ствол;
- аортолегочное окно;
- гемитрункус;
- аномалия Тауссиг-Бинга без выраженной обструкции системного и легочного кровотока;
- ВПС с гиперволемией малого круга кровообращения, требующей суживания легочной артерии, или другого паллиативного кардиохирургического вмешательства до 28 дней жизни;
- тетрада Фалло с агенезией клапана легочной артерии.

Госпитализация при ВПС плода, НЕ требующего экстренной коррекции после родов

Консилиум врачей: акушер-гинеколог, детский хирург, неонатолог, врач ультразвуковой диагностики и специалист по профилю выявленного ПРП

наличие изолированного ПРП (поражение одного органа или системы) и отсутствии данных за сочетание с генетическими синдромами или ХА

1. Медицинская организация с лицензией по "акушерству и гинекологии" и "детской хирургии", с возможностью оказания неотложной хир. помощи, с привлечением врачей-специалистов по профилю ПРП
2. Акушерский стационар, имеющий в составе ОРИИТ для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации в специализированный детский стационар, по профилю "детская хирургия".
Эвакуация новорожденного может осуществляться выездной педиатрической бригадой СМП анестезиологии-реанимации

При наличии ПРП, сочетающегося с ХА, или наличии множественных ПРП, проводится

Дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья новорожденного:

- генетическое обследование
- ЭХО-кардиографию
- МРТ и/или КТ плода.

По результатам дообследования рекомендуется организация консультирования консилиумом врачей федеральной медицинской организации для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

При невозможности оказания новорожденному с ВПС необходимой медицинской помощи в субъекте РФ беременные направляются на роды в акушерские стационары федеральных медицинских организаций

В случае преждевременных родов

1

госпитализация в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

2

при невозможности, беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом, вызывается выездная педиатрическая бригада СМП анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

3

при декомпенсированной экстрагенитальной патологии и акушерских осложнениях (преэклампсия тяжелой степени, предлежание плаценты с кровотечением, ПОНРП с объемом кровопотери 1000 мл и более, геморрагическом шоке) – вызывается выездная СМП анестезиологии-реанимации

Акушерский дневной стационар

- Предназначен для пациенток до 22 недель
- Для проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации (до 36 недель)
- Для наблюдения в послеродовом периоде
- Длительность пребывания 4-6 ч

Консультирование в КДО беременных с:

1. Экстрагенитальными заболеваниями;

2. Отягощенным акушерским анамнезом:

- невынашивание беременности, бесплодие
- случаи перинатальной смерти и рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и родовыми травмами
- рождение детей с высокой и низкой массой тела
- наличием рубца на матке, с признаками его несостоятельности и (или) осложненным течением послеоперационного периода
- преэклампсией, эклампсией, акушерским кровотечением в анамнезе
- операциями на матке и придатках
- септическими осложнениями после родов и аборт
- тяжелыми травмами родовых путей (разрывы третьей степени), разрыв матки в анамнезе
- рождение детей с пороками развития
- пузырный занос
- прием тератогенных препаратов;

3. С акушерскими осложнениями:

- ранний токсикоз с метаболическими нарушениями
- угроза прерывания беременности (при ОАА по невынашиванию, при отсутствии эффекта от лечения на этапе жк)
- гипертензивные расстройства
- анатомически узкий таз
- изоиммунизация
- анемия
- неправильное положение плода
- патология пуповины, плаценты, плацентарные нарушения, многоводие, маловодие
- многоплодие
- наличие опухолевидных образований матки и придатков
- при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения и оперативных вмешательств на выявленной

4. С патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

Группы (уровни) медицинских учреждений

- **первая группа (уровень)** - акушерские стационары, в которых **не обеспечено** круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога, или имеющие в составе urgentный родильный зал;
- **вторая группа (уровень)** - акушерские стационары, в том числе профилированные по патологии, имеющие в структуре палаты ИТ (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и новорожденных, **межрайонные перинатальные центры**, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин (с выездными бригадами СМП анестезиологии-реанимации) и новорожденных, пост патологии новорожденных и недоношенных;
- **третья А группа (уровень)** - акушерские стационары, имеющие в составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с телемедициной, с выездными бригадами СМП анестезиологии-реанимации;
- **третья Б группа (уровень)** - акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, высокотехнологичную, помощь в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения и осуществляющие организационно-методическое обеспечение и мониторинг деятельности акушерских стационаров субъектов РФ.

Показания для госпитализации в стационар 1 уровня

- отсутствие показаний для планового кесарева сечения;
- отсутствие экстрагенитальных заболеваний
- увеличение ЩЖ без нарушения функции;
- миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- ИМП вне обострения;
- отсутствие специфических осложнений гестации при данной беременности
- головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
- отсутствие в анамнезе ante-, intra- и ранней неонатальной смерти, ПР, ПЭ, эклампсии; отслойки нормально расположенной плаценты, гипотонического кровотечения, глубоких разрывов родовых путей, родовой травма у новорожденного.

Показания для госпитализации в urgentный родильный зал:

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

Показания для госпитализации в стационар 2 уровня

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без ДН);
- заболевания ЖКТ (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- психические заболевания;
- перенесенная беременность; предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I - II степени;
- тазовое предлежание плода;
- низкое расположение плаценты в 34 - 36 нед. (за исключением рубца после КС);
- мертворождение в анамнезе;
- рубец на матке после КС при отсутствии его несостоятельности для планового КС;
- рубец на матке после оперативных вмешательств (кроме КС), без признаков несостоятельности, при подтвержденной по УЗИ плацентации не в месте рубца;
- беременность после лечения бесплодия, после ЭКО;
- ПР или ПРПО в 34 -36 нед., при возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы
- антенатальная гибель плода; преэклампсия умеренная;
- эндокринные заболевания (СД, ГСД на диетотерапии, заболевания ЩЖ с гипо- или гиперфункцией);
- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);
- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.

Показания для госпитализации в стационар 3 А уровня

- возраст беременной женщины до 18 лет;
- ПМ, включая ПРПО, при сроке менее 34 недель;
- предлежание плаценты;
- задержка роста плода;
- изоиммунизация при беременности;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода;
- много- и маловодие;
- заболевания ССС (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, ПМК с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- состояния и заболевания плода, требующие выполнения фетальных вмешательств;
- диффузные заболевания соединительной ткани, АФС;
- заболевания почек, с почечной недостаточностью или АГ, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

Показания для госпитализации в стационар 3 А уровня

- **заболевания печени** (токсический гепатит, о. и хр. гепатиты, цирроз печени);
- **эндокринные заболевания** (СД любой степени компенсации, заболевания ЩЖ с признаками гипо- или гиперфункции, хр. надпочечниковая недостаточность);
- **заболевания органов зрения** (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
- **заболевания крови** (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, б-нь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- **заболевания нервной системы** (эпилепсия, рассеянный склероз, НМК, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
- **миастения**;
- **злокачественные новообразования** в анамнезе и при настоящей беременности;
- **сосудистые мальформации**, аневризмы сосудов;
- **перенесенные** черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
- состояния, угрожающие жизни беременной и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;
- **расположение плаценты** по передней стенке при наличии рубца после КС или в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств;
- подозрение **на вращение плаценты** по данным УЗИ или МРТ;
- поперечное и косое положение плода;

Показания для госпитализации в стационар 3 А уровня

- преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
- холестаз, гепатоз беременных;
- КС в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III - IV степени при предыдущих родах;
- антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;
- многоплодная беременность (3 и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов).

Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период

- В родильном зале обеспечить максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди (не позднее 1,5 - 2 часов) с продолжительностью не менее 30 минут
- В послеродовых отделениях - совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку.
- Время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов - **3 суток**, при неосложненном течении послеоперационного периода после КС – **4 суток**.
- При выписке даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет) и профилактике нежеланной беременности.
- После выписки родильница направляется в ЖК по месту жительства.
- Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию, детскую поликлинику в электронном виде и размещается в медицинской карте пациента или бумажный вариант выдается родильнице на руки.

Оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

до 10 - 12 недель пациентка обследуются в амбулаторных условиях и (по показаниям) в стационаре по профилю "сердечно-сосудистой хирургии" и (или) "кардиологии" и "акушерству и гинекологии».

Консилиум врачей: кардиолог, сердечно-сосудистый хирург, акушер-гинеколог делает заключение о тяжести состояния женщины и прогнозе, методах лечения, риске и тд для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

Заболеваниям ССС, требующие консультации и направления в стационар по профилю "сердечно-сосудистой хирургии" и (или) "кардиологии" до 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивания беременности

Ревматические пороки сердца:

- с активностью ревматического процесса;
- с недостаточностью кровообращения;
- ревматические стенозы и недостаточность клапанов II и более степени тяжести;
- сопровождающиеся легочной гипертензией;
- осложненные бактериальным эндокардитом;
- с нарушениями сердечного ритма;
- с тромбоэмболическими осложнениями;
- с атриомегалией или кардиомегалией.

ВПС

- с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;
- с патологическим сбросом крови (дефект межжелудочковой, межпредсердной перегородки, ОАП);
- сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;
- сопровождающиеся легочной гипертензией;
- осложненные бактериальным эндокардитом;
- с затрудненным выбросом из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, с недостаточностью кровообращения и (или) наличием постстенотического расширения);
- врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, с регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;
- кардиомиопатии; тетрада Фалло;
- болезнь Эбштейна; сложные ВПС;
- синдром Эйзенменгера;
- болезнь Аэрза.

Заболеваниям ССС, требующие консультации и направления в стационар по профилю "сердечно-сосудистой хирургии" и (или) "кардиологии" до 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивания беременности

Болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

- острые и подострые формы миокардита;
- хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия с недостаточностью кровообращения и (или) сложными нарушениями сердечного ритма;
- инфаркт миокарда в анамнезе;
- острые и подострые формы бактериального эндокардита;
- острые и подострые формы перикардита;

Нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма).

Состояния после операций на сердце.

Этапность оказания медицинской помощи беременным с ССС, требующим хирургической коррекции

наличие мед. показаний для прерывания беременности и согласия женщины, до **22 недель**



Госпитализация в г/о многопрофильной больницы, с возможностью оказания специализированной (и кардиореанимационной) медицинской помощи.

Этапность оказания медицинской помощи беременным с ССС, требующим хирургической коррекции

В 18 - 22 недели



обследование амбулаторно или стационарно в организациях с лицензией по "кардиологии" или "сердечно-сосудистой хирургии" и "акушерству и гинекологии», для **уточнения** состояния ССС, подбора терапии, диагностики ПРП, УЗИ и доплерометрии ФПК.

В 27 - 32 недели



Определения сроков родоразрешения. Консилиум в составе сердечно-сосудистого хирурга, кардиолога и акушера-гинеколога на основании ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ, доплерометрии дают **заключение о тяжести состояния и о тактике ведения** беременности и наличии показаний к досрочным родам.

В 35 - 37 недель



консилиумом врачей (сердечно-сосудистый хирург, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог) **определяют срок, способ и мед. организацию для родоразрешения.** Функциональный класс по СН уточняется перед родами с внесением корректив.

Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией

Основной критерий эффективности медицинской помощи беременным с ВИЧ-инфекцией: неопределяемый уровень вирусной нагрузки у 90% перед родами, что позволяет предотвратить перинатальную передачу ВИЧ.

Задачи

- **обеспечить** совместное ведение пациентки акушером-гинекологом и инфекционистом
- **разработать** план ведения беременной с ВИЧ-инфекцией;
- **отражать** в медицинской документации (индивидуальная мед. карта жк стационара, обменная карта) эпидемиологического номера, схемы АРВТ, данных лабораторного и клинического мониторинга, рекомендаций по схемам предотвращения перинатальной передачи ВИЧ в родах, послеродовом и неонатальном периодах;
- **информировать** об отказе от приема АРВТ или отсутствии препаратов
- **провести** работы по формированию приверженности у беременной женщины к наблюдению и АРВТ;

Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией

- **контролировать** прием АРВТ ;
- при отказе женщины лечения - **известить** руководителя медицинской организации и Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта РФ немедленно;
- **отказаться** от инвазивных манипуляций;
- **проводить** лабораторный мониторинг за эффективностью и безопасностью АРВТ;
- **взаимодействовать** с акушерским стационаром по вопросам продолжения АРВТ и родоразрешения беременной, больной ВИЧ-инфекцией;
- **контролировать** своевременную госпитализацию в акушерский стационар (в плановом порядке - **на сроке 38 недель**).

Обследование на АТ к ВИЧ в стационаре

1. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин
2. Обследование женщин без медицинской документации и при отсутствии результатов скрининга на ВИЧ в 3 триместре
3. Наличие высокого риска заражения ВИЧ независимо от количества исследований
 - Обследование экспресс-методом проводится после получения информированного добровольного согласия.
 - Обязательно параллельное исследование той же порции крови классическими методами (ИФА, иммунный блот).
 - Тестирование **роженицы** сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (применении АРВП, способе родоразрешения, особенностях вскармливания (после рождения ребенок неприкладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание)).

В родах

1. Ограничить проведение акушерских пособий, повышающих риск инфицирования плода:

- родостимуляция; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода.

2. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах **КС** может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ.

3. Окончательное решение о способе родоразрешения принимается акушером-гинекологом, на основе клинических рекомендаций.

4. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на АТ к ВИЧ методом ИФА.

5. Кровь направляется в скрининговую лабораторию Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта РФ.

Грудное вскармливание

- В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ-инфекцией по вопросу отказа от грудного вскармливания.
- При желании женщины сохранить грудное вскармливание рекомендуется продолжить прием АРВТ как матери, так и новорожденному - на весь период сохраняющегося риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

Основная задача первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным - профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний.

А также:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях
- санитарно-гигиеническое образование для предупреждения абортов
- охрана репродуктивного здоровья
- формирование стереотипа здорового образа жизни.

Профилактический медицинский осмотр (1 этап диспансеризации)

- скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (анализ на ВПЧ)
- цитологическое исследование мазка
 - о 21 - 29 лет 1 раз в 3 года
 - о 30 - 65 лет - ко-тестирование 1 раз в 5 лет.
- С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза.
- скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) **от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года.**

Скрининг при профилактических осмотрах здоровых женщин считается выполненным при охвате 80% и более женского населения.

Группы здоровья

- **I группа** - не установлены хр. гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития;
- **II группа** - не установлены гинекологические заболевания, но имеются ФР их развития.
- женщины ориентируются на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.
- **III группа** - женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, высокотехнологичной, медицинской помощи.
- Женщинам III группы здоровья составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения.

Группы диспансерного наблюдения

Диспансеризация – это комплекс мероприятий, включающий профилактический мед. осмотр и дополнительные методы обследования, проводимые в целях оценки состояния здоровья (с определением группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ.

- **1 диспансерная группа** - женщины с хр.заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;
- **2 диспансерная группа** - врожденные аномалии развития гениталий;
- **3 диспансерная группа** - женщины с нарушением функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие, СПКЯ, олиго/аменорея).
- **Медицинская помощь с целью выявления заболеваний МЖ оказывается акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы.**

Врачебная тактика при выявлении кистозных и узловых изменений молочных желез по BI-RADS

- **0 категория** - направляется на консультацию онколога;
- **1, 2 категории** - наблюдаются акушером-гинекологом;
- **3 категория** - направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза;
- **4, 5, 6 категории** - наблюдается онкологом.

Уровни гинекологических стационаров

- **Первая группа(уровень):** специализированная мед. помощь в гинекологических палатах хир. отделений (обслуживание 20000 - 50000 чел, удаленность стационара более 100 км и временем доставки пац. более 60 мин.) или гин. отд. в составе ЦРБ, ГБ, ведомственных больниц с численностью обслуживаемого населения 50000 - 70000 чел.
- **Вторая группа (уровень)** – гин. отделения ГБ, специализированных гинекологических больниц, ГБ СМП, родильных домов, межрайонных ПЦ, МСЧ, диспансеров с численностью обслуживаемого населения от 70000 до 100000 чел.
- **Третья А группа (уровень):** гин. отделения городских, областных, краевых, республиканских, окружных, клинических больниц, перинатальных центров, центров охраны материнства и детства и др, оказывающих специализированную и высокотехнологичную, мед. помощь
- **Третья Б группа (уровень):** гинекологические стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную и высокотехнологичную, мед. помощь, и в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Госпитализация в стационар 1 группы

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

Госпитализация в стационар 2 группы

- необходимость экстренной или неотложной мед. помощи, с использованием современных мед. технологий (эндоскопических) и привлечения смежных специалистов.

Госпитализация в стационар 3А группы

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

Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

- **до 14 лет включительно** – в детской поликлинике
- **от 15 лет до 17 лет включительно** - в ЖК, центре охраны репродуктивного здоровья подростков, центре охраны здоровья семьи и репродукции, центре охраны материнства и детства, перинатальном центре, в поликлиническом отделении МСЧ, городской больницы, клиники, входящей в состав образовательных и научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, иных медицинских организациях, имеющих лицензию по «акушерству и гинекологии».

Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

- Первичная помощь в целях выявления гин. заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара акушером-гинекологом, педиатром или врачом-специалистом, прошедшим обучение для повышения квалификации по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гин. патологии у детей не реже 1 раза в 5 лет.
- Основной обязанностью акушера-гинеколога является проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в возрасте 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно.

Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

- получить ИДС
 - выяснить наличие жалоб
 - провести общий осмотр, измерить рост, массу тела с определением их соответствия возрастным нормативам
 - оценить степень полового развития
 - осмотреть и пропальпировать молочные железы и наружные половые органы
 - проконсультировать по вопросам личной гигиены и полового развития.
-
- При профилактическом осмотре несовершеннолетних в 17 лет при наличии условий проводится взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка шейки матки.

Группы здоровья несовершеннолетних

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

II группа - несовершеннолетние, имеющие сейчас или в течение 6 месяцев:

- о. травму половых органов и молочных желез
- сращение и гипертрофию малых половых губ
- полип гимена, гемангиому, кисту вульвы/влагалища
- о. неосложненные воспаления вульвы и влагалища и ВПО
- расстройство менструаций
- ретенционные кисты
- нелактационный серозно-инфильтративный или гнойный мастит
- хирургическое вмешательство на органах репродуктивной системы

III группа здоровья несовершеннолетних

- хр. заболевания органов репродуктивной системы в стадии ремиссии, с редкими обострениями и сохраненными функциями;
- хр. рецидивирующие, доброкачественные (склерозирующий лихен, атопический вульвит) и воспалительные заболевания НПО;
- расстройства менструаций, дисменорея в течение 6 мес и более;
- доброкачественные опухоли матки и придатков;
- доброкачественные заболевания молочных желез;
- преждевременное (до 7 лет) или задержка полового развития (отсутствие роста молочных желез в возрасте старше 13 лет, отсутствие менархе после 15 лет);
- пороки развития ВПО;
- сочетание болезней с экстрагенитальной и эндокринной, патологией в стадии компенсации

IV группа здоровья несовершеннолетних

- хр. гинекологические заболевания в активной стадии или с частыми обострениями, с полной или частичной компенсацией функций органов;
- хр. гинекологические заболевания в стадии клинической ремиссии, требующими назначения поддерживающего лечения, в т.ч. с эндометриозом, с СПКЯ, с задержкой полового развития при хромосомных болезнях и ХУ-реверсии пола;
- последствия травм и операций с неполной компенсацией функций органов репродуктивной системы, повлекшими ограничениями возможности обучения и труда по причине торпидного течения, частых обострений, локальных и системных осложнений, сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии в стадии неполной компенсации.

V группа здоровья

- тяжелые хр. экстрагенитальные заболевания с редкими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с сопутствующими гин. заболеваниями и выраженной декомпенсацией функций органов репродуктивной системы;
- дефицит гормонов репродуктивной системы после лечения онкологического заболевания, повлекшего невозможность обучения и труда.
- Несовершеннолетние из **I и II группы** подлежат плановым профилактическим осмотрам акушером-гинекологом или другим медицинским работником.
- Несовершеннолетние **III, IV, V групп**, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения несовершеннолетних

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

Показания для осмотра несовершеннолетних

- зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налет, участки лишая кожи НПО и влагалища; сращение малых половых губ;
- папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах НПО и промежности;
- выделения из половых путей патологического характера;
- кровяные выделения из половых путей;
- травматические (бытовые и насильственные) повреждения НПО, вульвы и влагалища;
- патологические анализы мочи в любом возрасте;
- боль в животе;
- изменение формы и величины живота;
- увеличение молочных желез, рост волос на лобке до 8 лет;
- ускоренное физическое и половое развитие до 8 лет;
- отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет;
- перерыв в менструациях более 48 дней (менархе до 17 лет);
- отсутствие менструации в 15 лет и старше;
- наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;

- стигмы дисэмбриогенеза, пигментные пятна, родимые пятна, витилиго, костные дисплазии при низкорослости и высокорослости;
- нарушение строения НПО, гипертрофия клитора и малых пол. губ, уrogenитальный синус, отсутствие входа во влагалище, свищи половых органов;
- аплазия, гипоплазия, гипермастия, гигантомастия, асимметрия, дисплазия и узловые обр. мол. желез, мастит в пубертатном периоде;
- отклонения ИМТ (от 8 до 17) более 10%;
- повышенный рост волос, оволосение по мужскому типу; задержка физического развития;
- низкорослость (менее 150 см) и высокорослость (рост 175 см и более) в периоде пол. созревания;
- после хир. вмешательств на органах бр. полости;
- реконвалесценция после перенесенных инфекций и тонзилэктомии в препубертате (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертата (с менархе до 14 лет);
- патология матки и яичников по УЗИ и МРТ;
- начало сексуальных отношений;
- консультирование по вопросам гигиены; о риске заражения ИППП; вакцинации от ВПЧ
- необходимость индивидуального подбора контрацепции, в том числе после аборта.

Сопровождение несовершеннолетних пациенток

- **Медицинские вмешательства** проводятся после получения ИДС несовершеннолетних и/или одного из родителей.
- **При выявлении беременности** любого срока в возрасте до 18 лет вопрос о пролонгировании или прерывании беременности решается акушером-гинекологом (при необходимости - врачебным консилиумом)
- Наблюдение за течением беременности осуществляется акушером-гинекологом
- При выполнении экстренных хирургических вмешательств рекомендуется **использовать малоинвазивный доступ** (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.
- **Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и матки** при выполнении экстренной операции детскими хирургами или хирургами **необходимо согласовывать** с акушером-гинекологом, в том числе дистанционно.

Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

- Медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара или в стационарных условиях.
- У несовершеннолетних до 15 лет, а также несовершеннолетних больных наркоманией до 16 лет, необходимо ИДС одного из родителей или иного законного представителя.
- **Обследование** и подготовка пациентов осуществляется на основе клинических рекомендаций.
- Для получения направления на прерывание беременности женщина обращается к акушеру-гинекологу, общей практики.
- Беременная направляется в кабинет медико-социальной помощи (Центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для **консультирования психологом**.
- При отсутствии возможности, консультирование проводит медицинский работник, прошедший повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию

Функции акушерки жк

- сбор анамнеза
- проведение осмотра (рост, вес, АД, размеры таза, ОЖ, ВДМ), пальпация молочных желез, выслушивание СБ плода
- оформление индивидуальной карты беременной, выписывание направления на исследования и консультации
- информирование пациента о датах и времени консультации, о необходимости подготовки к исследованиям
- проведение первичной консультации по принципам здорового питания, гигиене;
- доставление индивидуальной карты и пациентов в кабинет акушера-гинеколога для осмотра
- забор мазков на флору и цитологию
- выписывание направления на УЗИ молочных желез и/или маммографию, УЗИ, флюорографию, внесение информации о манипуляциях и выданных направлениях в медицинскую карту
- осуществление записи на плановый прием к акушеру-гинекологу с готовыми результатами исследований

Патронаж

1. Акушеркой:

- при неявке пациента в назначенное время визита (не отвечает на тел. звонки)
- при отказе от госпитализации (или) от посещения ЖК, во время эпидемиологической ситуации
- после получения информации из других медицинских организаций о беременной женщине, не состоящей на диспансерном учете в ЖК

2. **Врачом - акушером-гинекологом** (для пациентов с ограниченными физическими возможностями, во время эпидемиологической ситуации);

3. **Специалистами кабинета медико-социальной помощи ЖК** (Центра медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) взятии на диспансерный учет по беременности (первичный патронаж), в группах социального риска и асоциального поведения, после неоднократных патронажей акушеркой.

Во время патронажа проводится опрос (сбор жалоб, анамнеза); измерение АД, температуры, ОЖ, ВДМ; выслушивание СБ плода; вызов бригады СМП для транспортировки в стационар; оформление направлений на обследования, госпитализацию; приглашение на прием к врачу - акушеру-гинекологу.

Периодичность проведения патронажа определяется медицинскими показаниями.

Критерии качества работы ЖК

- показатель **ранней постановки на учет** по беременности (до 12 недель);
- **доля женщин**, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;
- показатель числа **искусственных аборт**ов на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 детей, родившихся живыми;
- соблюдение **клинических рекомендаций**, с учетом критериев качества, предусмотренных клиническими рекомендациями;
- **доля ПР** в перинатальном центре от общего числа преждевременных родов;
- **доля ВИЧ-инфицированных**, с неопределяемым уровнем вирусной нагрузки перед родами;
- показатели **материнской и перинатальной** заболеваемости и смертности;
- отсутствие **ВПР** у плода, не выявленных во время беременности;
- разрыв матки вне стационара;
- **несвоевременное направление** в стационар при гипертензии средней и высокой степени тяжести, обусловленной беременностью (госпитализация бригадой СМП);
- несвоевременное направление в стационар при переносенной беременности;
- доля женщин, охваченных **скринингом** на выявление злокачественных новообразований шейки матки и молочной железы.

**Благодарю за
внимание**