«Утверждаю»
Главный врач
МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»
_____Г.В. Баркова

ПОРЯДОК
ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЫБИНСКОМ РАЙОНЕ.

Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания акушерско-гинекологической помощи в Рыбинском районе.

Действие настоящего Порядка распространяется на организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь на территории Рыбинского района.

I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

1. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в МБУЗ «Рыбинская ЦРБ», имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности "акушерство и гинекология".

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

первый - амбулаторный, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами; врачи общей практики (семейные врачи), медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов не осуществляют диспансерное наблюдение женщин в период беременности.

второй - стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности родильных домов (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» или многопрофильных учреждений здравоохранения (КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая больница», МУЗ «Городская клиническая больница №6 им. Н.С. Карповича» г. Красноярска, МУЗ «Городская клиническая больница №20 им. И.С. Берзона, КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулёзный диспансер №1», КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского») .

3. Администрацией МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» разрабатываются и утверждаются листы маршрутизации женщин в случае возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии.

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

врачом акушером-гинекологом - не менее десяти раз;

врачом-терапевтом, врачом-стоматологом - не менее трех раз (первый осмотр проводится не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, а затем в каждом триместре);

врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее двух раз;

врачом-генетиком - при наличии показаний (отягощенный семейный анамнез по врождённой и наследственной патологии, отягощённый акушерский анамнез, возраст женщины старше 35 лет, воздействие неблагоприятных факторов в период, предшествующий зачатию и в эмбриональном периоде (острые инфекционные заболевания, приём лекарственных препаратов, профессиональные вредности, тяжёлые экстрагенитальные заболевания), позитивный биохимический скрининг, наличие ультразвуковых маркёров патологии плода);

другими специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Кардиотокография проводится дважды в сроке 32 и 36 недель беременности, дополнительно – по показаниям.

Допплерометрия проводится всем беременным женщинам из группы риска по ФПН в 26-28 недель беременности.

4.1. Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка осуществляется в первом и во втором триместрах беременности.

Пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка в период с 11 до 14 недель (оптимальные сроки –11-12 недель) подлежат все беременные женщины, проживающие в Рыбинском районе, обратившиеся за медицинским наблюдением по беременности и родам до 12 недель.

Пренатальный скрининг первого триместра беременности осуществляется в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики».

В соответствии с графиком посещения.

При ранней постановке беременной на диспансерный учет с ней проводится разъяснительная беседа о необходимости проведения данного вида обследования в указанные сроки беременности и определяется дата его проведения.

4.1.1. Пренатальный скрининг первого триместра беременности состоит из следующих этапов:

проведение в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» пренатальной диагностики нарушений развития ребенка:

экспертное ультразвуковое исследование на маркеры хромосомных аномалий и врожденных пороков развития;

забор крови на биохимическое исследование сывороточных маркеров хромосомных аномалий PAPP-A и B-ХГЧ в день проведения экспертного ультразвукового исследования;

Беременные женщины, вошедшие в группу риска по хромосомным аномалиям и врожденным порокам развития (по результатам биохимическо-

го и ультразвукового скрининга), в период с 11 до 14 недель (оптимальные сроки – 11-12 недель) консультируются в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» для проведения уточняющей (в т.ч. инвазивной) диагностики и определения тактики ведения беременности.

В первом триместре беременности при наличии тяжелой акушерской (отягощенный акушерский анамнез, более пяти беременностей, токсикоз с нарушением водно-электролитного баланса, предлежание хориона) и гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов) беременные женщины направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) в первом триместре беременности (до 12 недель) женщины с соматической патологией направляются в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

В первом триместре беременности заключение о возможности вынашивания либо прерывания беременности при наличии врожденного или наследственного заболевания у плода осуществляется Пренатальным консилиумом.

4.1.2. Во втором триместре пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка подлежат все беременные женщины, проживающие в Рыбинском районе, обратившиеся за медицинским наблюдением по беременности и родам свыше 12 недель.

Пренатальный скрининг второго триместра беременности состоит из следующих этапов:

скрининговое ультразвуковое исследование плода в 20-22 недели и 32-34 недели. При наличии показаний проводится дополнительное ультразвуковое исследование;

забор крови беременных женщин (строго соблюдая инструкцию по забору крови), вставших на диспансерный учет в женской консультации свыше 12 недель, для биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров II триместра (альфафетопротеин, хорионический гонадотропин, неконъюгированный эстриол) проводится при сроке беременности 16-20 недель;

доставка (с соблюдением требований) образцов сыворотки крови в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» осуществляется 1 раз в 7 дней.

Пренатальный скрининг второго триместра беременности осуществляется по месту жительства.

Беременные женщины, с выявленными во втором триместре ультразвуковыми маркерами, подозрением на порок развития плода и/или невозможности визуализации каких-либо анатомических структур направляются

КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики».

С целью проведения дифференциальной диагностики патологии плода врачи ультразвуковой диагностики КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» осуществляют телемедицинскую консультацию в режиме on lain со специалистами ультразвуковой диагностики федеральных государственных учреждений Российской Федерации.

Беременные женщины с выявленными пороками развития плода во втором триместре и беременные женщины из группы риска по врожденной и наследственной патологии направляются в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» для уточнения диагноза и на Пренатальный консилиум для определения тактики ведения беременности.

5. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

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

Беременные женщины с экстрагенитальной патологией направляются на специализированный приём к врачу акушеру-гинекологу КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с целью проведения адекватного объёма диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса о прерывании или пролонгирования беременности у женщин с тяжёлой соматической патологией.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода, осуществляется врачебной комиссией КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в соответствии с приказом МЗ и соц. развития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения учреждений здравоохранения, имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при наличии специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности): КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учётом состояния плода (наличие врождённого или наследственного заболевания) при сроке до 22 недель беременности беременности (второй триместр) женщины при отсутствии тяжелой генитальной и соматической

патологии направляются в гинекологическое отделение МБУЗ «Рыбинская ЦРБ».

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

Заключение о возможности вынашивания либо прерывания беременности при наличии врожденного или наследственного заболевания у плода осуществляется до 22 недель беременности (второй триместр) Пренатальным консилиумом.

7. Основными критериями качества работы женской консультации, оцениваемой министерством здравоохранения Красноярского края, органами управления Рыбинского района, главными врачами муниципальных учреждений здравоохранения, являются:

удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в ранние сроки (до 12 недель);

доля преждевременных родов из числа женщин, закончивших беременность;

доля преждевременных родов в сроке 22-27 недель родов из числа женщин, закончивших беременность;

показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;

отсутствие антенатальной гибели плода;

отсутствие врожденных аномалий развития у новорожденных, подлежащих пренатальной диагностике и не выявленных во время беременности;

показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста;

разрыв матки до госпитализации;

несвоевременная госпитализация при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;

несвоевременная госпитализация при переношенной беременности;

отсутствие запущенных случаев онкопатологии женской половой сферы и молочных желез;

охват беременных женщин пренатальной (дородовой) диагностикой нарушения развития ребенка в первом триместре (биохимический и ультразвуковой скрининг) не менее 95% от числа вставших на диспансерное наблюдение в период беременности в ранние сроки (до 12 недель);

охват беременных женщин пренатальной (дородовой) диагностикой нарушения развития ребенка во втором и третьем триместре (биохимический

и ультразвуковой скрининг) не менее 95% от числа состоявших на учете по диспансерному наблюдению;

опрос пациентов об удовлетворенности, оказываемой медицинской помощью.

8. Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации женской консультации (кабинета) муниципальных учреждений здравоохранения и консультативной поликлиники перинатального центра устанавливаются в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (вместе с "СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы..."

9. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

10. При угрожающем аборте до 22 недель лечение беременной женщины осуществляется:

низкой группы риска – в гинекологическом отделении МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»;

средней группы риска — в гинекологическом отделении МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»;

высокой группы риска – в акушерском отделении патологии № 2 (малых сроков беременности) перинатального центра.

При угрожающем аборте до 22 недель и наличии соматической патологии лечение беременной женщины осуществляется:

низкой группы риска – в гинекологическом отделении МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»;

средней группы риска –в гинекологическом отделении МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»;

высокой группы риска – в гинекологическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

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

12. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

12.1. При экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в профильное соматическое отделение учреждений здравоохранения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом:

В сроке свыше 22 недель при наличии соматической патологии беременные женщины госпитализируются:

группы низкого риска– в профильное соматическое отделение МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»;

группы среднего риска –в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

группы высокого риска – в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница.

При экстрагенитальной патологии, требующей оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в период беременности госпитализируются в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» или в федеральные государственные учреждения Российской Федерации.

12.2. В сроки свыше 22 недель при наличии акушерской патологии беременная женщина госпитализируется:

группы низкого риска – в отделение патологии беременности МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»;

группы среднего риска –в отделение патологии родильных домов г. Красноярска (по профилю);

группы высокого риска – в акушерское отделение патологии № 1 (больших сроков беременности) перинатального центра.

13. В случаях угрозы преждевременных родов от 22 до 34 недель беременности включительно при наличии маркеров преждевременных родов (не корригируемая истмико-цервикальная недостаточность, данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, преждевременный разрыв плодных оболочек, отсутствие эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, положительный партус-тест) госпитализация женщин осуществляется в акушерское отделение патологии № 1 (больших сроков беременности) перинатального центра.

В случаях угрозы преждевременных родов от 22 до 34 недель беременности включительно при отсутствии маркеров преждевременных родов (не корригируемая истмико-цервикальная недостаточность, данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, преждевременный разрыв плодных оболочек, отсутствие эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, положительный партус-тест) госпитализация женщины осуществляется в муниципальные учреждения здравоохранения, где имеется отделение реанимации новорожденных, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела (500-999 г) – в отделение патологии беременности МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск;

В случаях угрозы преждевременных родов от 34 до 37 недель беременности включительно при наличии маркеров преждевременных родов (не корригируемая истмико-цервикальная недостаточность, данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, преждевременный разрыв плодных оболочек, отсутствие эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, положительный партус-тест) госпитализация женщин осуществляется в МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск, где имеется отделение реанимации новорожденных.

В случаях угрозы преждевременных родов от 34 до 37 недель беременности включительно при отсутствии маркеров преждевременных родов (не

корригируемая истмико-цервикальная недостаточность, данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, преждевременный разрыв плодных оболочек, отсутствие эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, положительный партус-тест) госпитализация женщин осуществляется в муниципальные учреждения здравоохранения, где имеется отделение реанимации новорожденных, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела (500-999 г) – в отделение патологии беременности МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск;

14. При сроке беременности 25 и более недель при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии, совместимой с жизнью и требующей решения вопроса о коррекции, госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерское отделение патологии № 1 (больших сроков беременности) перинатального центра, где имеются отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

При наличии тяжелых врожденных пороков плода и невозможности оказания необходимой помощи в Красноярском крае беременная женщина направляется для получения высокотехнологичной медицинской помощи в учреждение здравоохранения, имеющее лицензию на ее оказание.

15. 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, врачом акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения:

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом об учреждении здравоохранения, в котором планируется родоразрешение.

Беременные женщины направляются на родоразрешение:

группы низкого риска – в родильный дом (МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»;

группы среднего риска –в родильные дома г. Красноярска (по профилю);

группы высокого риска – в перинатальный центр.

Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально.

В родильные дома (отделения) г. Красноярска (согласно профилю) и в перинатальный центр направляются беременные женщины на родоразрешение после предварительного согласования с администрацией учреждения здравоохранения.

16. В родильные дома г. Красноярска согласно профилю направляются беременные женщины группы среднего риска на родоразрешение:

в родильное отделение МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона» – при наличии заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной системы и крови;

в МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск – при невынашивании беременности и с преждевременными родами с 35 недель беременности;

в МБУЗ «Родильный дом № 5» г. Красноярск – женщины с резус-конфликтной беременностью (Rh и АВО изосенсибилизация), заболеваниями центральной нервной системы, с гепатитом В и С;

в МБУЗ «Родильный дом № 1» г. Красноярска – женщины с гестозом и рубцом на матке.

в МБУЗ «Родильный дом № 4» г. Красноярска – женщины с заболеваниями органов дыхания и туберкулезом любой локализации.

В случае отсутствия профильного заболевания у беременной женщины группы среднего риска данная категория граждан из МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» направляется на родоразрешение в родильное отделение МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона»

При сочетании осложнений беременности и тяжелой экстрагенитальной патологии беременные женщины родоразрешаются в специализированных краевых учреждениях здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния (КГБУЗ «Краевая клиническая больница». КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского»).

II. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода, в том числе с врожденными пороками сердца (ВПС)

17. Диагноз врожденного порока развития у плода ставится до 20-22 недель беременности. В случае подтверждения диагноза врожденного порока развития у плода Пренатальным консилиумом в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» в составе врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, детского хирурга (по профилю выявленной патологии), врача генетика, врача педиатра (неонатолога), врача кардиолога, врача сердечно-сосудистого хирурга определяется прогноз для развития плода, жизни новорожденного, здоровья и качества жизни ребенка в будущем, сроки и место родоразрешения.

18. Пренатальный консилиум предоставляет беременной женщине (семье) информацию о результатах обследования, наличии врожденного порока сердца у плода и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина (семья) принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

19. При наличии у плода врожденного порока развития несовместимого с жизнью, или порока с неблагоприятным прогнозом, а также отказе женщины (семьи) от медицинского вмешательства с целью лечения порока развития у новорожденного, рекомендуется прерывание беременности по медицинским показаниям.

При отказе женщины (семьи) от прерывания беременности из-за наличия у плода порока развития с неблагоприятным прогнозом или несовместимого с жизнью, беременность ведется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период (раздел I настоящего Порядка). Учреждение здравоохранения для родоразрешения определяется наличием экстрагенитальной патологии у беременной и/или особенностями течения беременности.

20. В сроке свыше 22 недель при ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарной недостаточности беременная женщина госпитализируется в перинатальный центр.

21. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с пороком развития у плода, требующим хирургической помощи, Пренатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

21.1. При наличии у плода порока развития (кроме врожденного порока развития сердца), требующего экстренной хирургической помощи в первые семь дней жизни, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

21.2. При наличии у плода порока развития (в т.ч. врожденный порок развития сердца), требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней – трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

Пренатальный консилиум определяет план обследования, сроки и место родоразрешения.

22. Оказание медицинской помощи беременным женщинам с врождёнными пороками сердца (далее ВПС) у плода.

При решении вопроса о месте и сроках проведения родоразрешения беременной женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи, Пренатальный консилиум в составе врача акушера-гинеколога.врача сердечно-сосудистого хирурга (врача кардиолога), врача детского кардиолога (педиатра), врача педиатра (неонатолога) руководствуется следующими положениями:

22.1. При наличии у плода следующего ВПС, требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр:

простая транспозиция магистральных артерий;
синдром гипоплазии правых отделов сердца;
критические ВПС с унивентрикулярной гемодинамикой;
предуктальная коарктация аорты;

перерыв дуги аорты;

критический стеноз легочной артерии;

критический стеноз клапана аорты;

атрезия легочной артерии;

тотальный аномальный дренаж легочных вен;

гемодинамически значимый открытый артериальный проток у новорожденных.

При наличии у плода следующего ВПС, требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в родовспомогательное учреждение субъекта Российской Федерации, в котором имеется федеральное государственное учреждение, оказывающее помощь новорожденным по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в счет квот федерального бюджета:

синдром гипоплазии левых отделов сердца;

сложные ВПС, сопровождающиеся гипоплазией легочных артерий;

кардиомиопатия с реструктивными нарушениями.

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

При подтверждении диагноза и наличии показаний к хирургическому вмешательству консилиум в составе детского врача сердечно-сосудистого хирурга (врача-кардиолога), врача неонатолога составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении.

22.6. К ВПС, требующим планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни ребенка, относятся:

общий артериальный ствол;

коарктация аорты (внутриутробно) с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);

стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента давления (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);

выраженный стеноз клапана легочной артерии, аорты;

гемодинамически значимый открытый артериальный проток;

большой дефект аорто-легочной перегородки;

аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии;

гемодинамически значимый дефект межжелудочковой перегородки;

полная форма атриовентрикулярной коммуникации с выраженными гемодинамическими нарушениями;

аномалия Эбштейна с нарастающими гемодинамическими нарушениями;

22.7. К ВПС, требующим оперативного вмешательства до трех месяцев жизни, относятся:

ВПС с унивентрикулярной гемодинамикой, в случае значимых нарушений кровообращения (атрезия трикуспидального клапана);

атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии;

большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;

тетрада Фалло;

двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка;

транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки.

III. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период

25. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности "акушерство и гинекология".

24. Вопросы организации деятельности родильного дома (отделения), штатные нормативы персонала родильных домов (отделений), стандарт оснащения родильного дома (отделения) регулируются приложениями N 5, N 6 и N 7 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. N 808н.

Вопросы организации деятельности перинатального центра, штатные нормативы персонала перинатальных центров, стандарт оснащения перинатального центра регулируются приложениями N 8, N 9 и N 10 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. N 808н.

25. С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц Министерство здравоохранения Красноярского края разрабатывают территории альный порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, позволяющий предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами учреждений здравоохранения.

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщи-

нам в период родов и в послеродовый период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи:

первая группа - учреждения здравоохранения, количество родов в которых не превышает 500 в год, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога (МБУЗ «Рыбинская ЦРБ»);

вторая группа - учреждения здравоохранения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год, имеющие в своей структуре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных;

третья группа – перинатальный центр, оказывающий медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, имеющий в своем составе отделения реанимации для женщин и новорожденных, отделение патологии новорожденных.

25.1. Показаниями для госпитализации беременных женщин в акушерское отделение первой группы МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» (низкая степень риска) являются:

отсутствие экстрагенитальной патологии у беременной женщины;

пролапс митрального клапана;

компенсированная патология дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания ЖКТ (хронический гастрит, дуоденит, колит);

отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (гестоз, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);

головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;

отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;

рубец на матке при неосложнённом течении послеоперационного периода в анамнезе и при отсутствии осложнений настоящей беременности;

отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

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

25.2. Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения второй группы родильные дома г. Красноярска (средняя степень риска) являются:

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

переношенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза I-II степени;

тазовое предлежание плода;

низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;

мертворождение в анамнезе;

многоплодная беременность;

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;

беременность после разрывов промежности III- IV степени при предыдущих родах;

многоводие;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности госпитализации в учреждение здравоохранения третьей группы (высокой степени риска);

задержка внутриутробного роста плода 1-II степени;

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома)

преждевременные роды при сроке беременности 35-37 недель являются показанием для госпитализации беременных женщин на родоразрешение в МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярска.

25.3. Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения третьей группы ролильные дома г. Красноярска (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 34 недель включительно, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании, в сроке 34-36 недель;

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

преэклампсия, эклампсия;

холестаз, гепатоз беременных;

кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке и рубец на матке после корпорального кесарева сечения;

рубец на матке после консервативной 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;

задержка внутриутробного роста плода II-III степени;

изоиммунизация при беременности (Rh-конфликт);

наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции;

метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

водянка плода;

тяжелое много- и маловодие;

заболевания сердечно-сосудистой системы, не сопровождающиеся развитием сердечно-сосудистой недостаточности;

тромбофлебиты в анамнезе;

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

диффузные заболевания соединительной ткани без активности процесса, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, не сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией;

заболевания печени (хронические гепатиты);

эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания крови (тяжелая железодефицитная анемия, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов без последствий);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе вне зависимости от локализации;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, роженицы и родильницы при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

26. При поступлении беременной женщины (роженицы) в приемное отделение учреждения здравоохранения проводится санитарная обработка беременной женщины (роженицы). При отсутствии противопоказаний к госпитализации в физиологическое родовое отделение, беременная женщина (роженица) госпитализируется в отделение патологии беременности (родовый блок), при наличии противопоказаний - в обсервационное отделение. При неотложных состояниях беременная (роженица) переводится в отделение анестезиологии и реаниматологии.

27. Время пребывания родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов - 3 суток. Выписка родильницы из учреждения здравоохранения после физиологических родов осуществляется на 4 сутки после проведения неонатального скрининга и ВЦЖ новорожденному на 3 сутки. В случае выписки родильницы и новорожденного в более ранние сроки неона-

тальный скрининг осуществляется на амбулаторном этапе специалистами детской поликлиники по месту жительства. Женская консультация и детская поликлиника должна быть извещена о дате выписки новорожденного не менее, чем за сутки.

28. Перед выпиской родильнице после операции кесарево сечение и всех осложнённых родов осуществляется проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

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

30. После выписки из учреждения родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. При этом учитывается соматический статус здоровья родильницы и особенности течения беременности и родов.

При наличии соматического заболевания у родильницы врач женской консультации передает сведения смежным специалистам в поликлинику по месту жительства для дальнейшего диспансерного наблюдения.

Врач акушер гинеколог женской консультации после физиологических родов осуществляет осмотр в течение первых дней после выписки, через 6-8 недель после родов с рекомендациями по контрацепции.

При назначении контрацепции особое внимание уделить женщинам группы риска для предупреждения нежелательной беременности (женщины одинокие, не состоящие в браке, вдовы, имеющие тяжелые хронические соматические заболевания, подростки, социально незащищенный контингент).

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

31. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности направляются на специализированный приём к врачу акушеру-гинекологу КГБУЗ «Краевая клиническая больница», при наличии показаний госпитализируются в указанное учреждение, оказывающее медицинскую помощь.

Консилиум в составе врача-кардиолога, врача-кардиохирурга и врача акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о тяжести состояния женщины и представляет ей информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связан-

ном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

Прерывание беременности по медицинским показаниям в сроки до12 недель, беременным женщинам с подтверждёнными сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется в гинекологическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с участием специалистов: врача-кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога.

32. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) госпитализации беременных женщин в сроке до 12 недель в учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и (или) «кардиология», для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относится следующая патология:

32.1. ревматические пороки сердца:

все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более степени тяжести;

все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

32.2. врожденные пороки сердца:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

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

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

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

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

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

Болезнь Эбштейна;

сложные врожденные пороки сердца;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза;

32.3. болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

острые и подострые формы миокардита;

хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или сложными нарушениями сердечного ритма;

инфаркт миокарда в анамнезе;

острые и подострые формы бактериального эндокардита;

острые и подострые формы перикардита;

32.4. нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

32.5. состояния после операций на сердце.

33. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница», имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) помощи женщине.

При отказе женщины прервать беременность консилиум КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в составе врача-кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга) и врача акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности.

В случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации) консилиум вышеуказанных учреждений здравоохранения решает вопрос о госпитализации в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница», имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и «акушерство и гинекология».

При сроке беременности 18-22 недели женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направляются на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу КГУБЗ «Краевая клиническая больница», обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора/коррекции медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения пороков развития плода, проведения УЗИ и допплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

34. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, госпитализируются в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ

и допплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум КГБУЗ «Краевая клиническая больница», в составе врача-кардиохирурга, врача-кардиолога и врача акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования с допплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

35. При сроке беременности 35-37 недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями госпитализируются в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» или МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона» (для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения). Учреждение здравоохранения для родоразрешения, способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

36. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи госпитализируются 10-12, 18-22, 27-32, 35-37 недель и для родоразрешения в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» соответствующего лечения.

Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в составе врача акушера-гинеколога, врача-кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение.

37. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, не нуждающиеся в хирургической помощи, при отсутствии высокого риска развития критических состояний госпитализируются по показаниям свыше 22

недель беременности и на родоразрешение в МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона».

V. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период

38. К основным состояниям и заболеваниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, относятся:

острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно - сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);

пре- и эклампсия;

HELLP-синдром;

острый жировой гепатоз беременных;

ДВС-синдром;

послеродовой сепсис;

сепсис во время беременности любой этиологии;

ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);

пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;

миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;

сахарный диабет с труднокорригируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;

тяжелая анемия любого генеза;

тромбоцитопения любого происхождения;

острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;

тяжелая форма эпилепсии;

миастения;

острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

39. Для организации медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в родильных домах и перинатальных центрах создаются отделения анестезиологии и реанимации, палаты интенсивной терапии.

С целью оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска и края создан акушерский реанимационно-консультативный центр (далее – АРКЦ) на базе перинатального центра.

Вопросы организации деятельности АРКЦ перинатального центра регулируются «Положением об организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительни-

цам. г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра» (приложение 5 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае) и приложением № 12 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 № 808н.

Вопросы организации деятельности АРКЦ, штатные нормативы медицинского персонала и стандарт оснащения акушерского дистанционного консультативного центра регулируются приложениями N 12, N 13 и N 14 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. N 808н.

Вопросы организации деятельности АРКЦ, штатные нормативы медицинского персонала регулируются Порядком оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре МУЗ «Родильный дом №1» г. Красноярска.

40. Оказание неотложной медицинской помощи, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется в два этапа:

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

стационарный, осуществляемый в отделениях анестезиологии и реаниматологии учреждений здравоохранения.

41. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы и женщины с гинекологическим заболеванием на уровне фельдшерско-акушерского пункта (далее – ФАП), участковой больницы (далее – УБ), врачебной амбулатории (далее – ВА), участка общей врачебной практики (далее – ОВП) медицинский работник в экстренном порядке сообщает дежурному администратору МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» о сложившейся ситуации, вызывает бригаду скорой медицинской помощи (далее – СМП) и информирует администрацию ФАПа, УБ, ВА, ОВП.

42. Дежурный администратор ЦРБ организует консультативную помощь медицинскому работнику ФАПа, УБ, ВА, ОВП, оказывающему первую медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице и женщине с гинекологическим заболеванием, с привлечением специалистов врачей акушеров-гинекологов и врачей анестезиологов-реаниматологов до времени прибытия бригады СМП, осуществляет подготовку подразделений учреждения здравоохранения к приему беременной женщины, роженицы или

родильницы и женщины с гинекологическим заболеванием и информирует администрацию ЦРБ о сложившейся ситуации.

43. При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в МБУЗ «Рыбинская ЦРБ», после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач акушер-гинеколог и / или врач анестезиолог-реаниматолог, оказывает ей медицинскую помощь в соответствии с «Положением об организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра» (приложение 5 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае).

При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы и женщины с гинекологическим заболеванием в МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» каждое обращение регистрируется в журнале регистрации обращений (приложение 5 к Положению об организации АРКЦ).

Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог МБУЗ «Рыбинская ЦРБ», оказывающий медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице и женщине с гинекологическим заболеванием заполняет формализованную историю болезни (далее – ФИБ) (приложение 4 к Положению об организации АРКЦ), которая вклеивается в медицинскую документацию (история родов, история болезни).

Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» консультирует пациентку с состоянием и заболеванием, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии в период беременности, родов и после родов и с гинекологическим заболеванием со старшим врачом акушером-гинекологом и/или со старшим врачом анестезиологом-реаниматологом АРКЦ перинатального центра, в их отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) с дежурным врачом акушером-гинекологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом АРКЦ перинатального центра (далее – дежурный врач АРКЦ) тел. 8(3912) 20269.

Врач акушер-гинеколог информирует главного врача МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» по телефону дом. 8(39165) 2-01-24, сот. 89130364977, консультанта отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края Хоменко Наталью Владимировну – по телефону 89135073101.

44. Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада АРКЦ перинатального центра направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями, находящимся на лечении в учреждениях здравоохранения, оказывающих первич-

ную медико-санитарную помощь, а также для транспортировки данной категории граждан в специализированные учреждения здравоохранения в соответствии с «Положением об организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра» (приложение 5 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае) и «Порядком оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам края в межрайонном акушерском реанимационно-консультативном центре муниципального учреждения здравоохранения».

45. Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада доставляет женщин с акушерской и экстрагенитальной патологией в отделения анестезиологии и реаниматологии в составе учреждений здравоохранения в соответствии с «Положением об организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра» (приложение 5 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае) и «Порядком оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам края в межрайонном акушерском реанимационно-консультативном центре муниципального учреждения здравоохранения», в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение этой категории пациентов.

Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада АРКЦ перинатального центра направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями, находящимся на лечении в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для транспортировки данной категории граждан в перинатальный центр и/или специализированные учреждения здравоохранения (КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского.

Специалисты АРКЦ, осуществляющие срочный (неотложный) выезд в муниципальное учреждение здравоохранения края, проводят подготовку к выезду в течение не более одного часа.

Госпитализация женщин в период беременности, родов и в послеродовом периоде и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» в соответствующее структурное отделение перинатального центра и/или соответствующее структурное отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и/или специализированные учреждения здравоохранения (КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1»,

КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского, осуществляется после предварительного согласования с заведующим АРКЦ, заместителем главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», с заместителем главного врача по хирургии «Краевая клиническая больница», администрацией специализированных учреждений здравоохранения.

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» согласовывает госпитализацию женщин в период беременности, родов и в послеродовом периоде и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из муниципальных учреждений здравоохранения края в соответствующее структурное отделение перинатального центра или КГБУЗ «Краевая клиническая больница» или в специализированные учреждения здравоохранения с консультантом отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главным специалистом по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

46. Транспортировка пациентов из муниципальных учреждений здравоохранения, расположенных менее 200 км от учреждения здравоохранения, куда госпитализируется женщина, осуществляется наземным транспортом (реанимобилем) с учетом состояния пациентки и погодных условий (метеоусловий).

47. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в отделении анестезиологии и реаниматологии осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

VI. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

48. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

49. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, а также в организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на оказание услуг по специальности "акушерство и гинекология".

Вопросы организации деятельности гинекологического отделения учреждений здравоохранения регулируются приложением N 15 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. N 808н.

Штатная численность медицинского и иного персонала гинекологического отделения устанавливается руководителем учреждения здравоохранения с учетом рекомендуемых нормативов гинекологических отделений ро-

дильных домов и перинатальных центров согласно приложениям № 6 и № 9 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н.

Стандарт оснащения гинекологического отделения учреждений здравоохранения устанавливается руководителем учреждения здравоохранения и соответствует стандарту оснащения гинекологического отделения родильного дома и перинатального центра согласно приложениям № 7 и № 10 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н.

Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации гинекологического отделения устанавливаются в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (вместе с "СанПиН 2.1.3.2630-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы..."

Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья,).

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач акушер-гинеколог взаимодействует с социальным работником в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женского населения, направленное на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прерывание беременности при сроке до 12 недель, преконцепционная и прегравидарная подготовка.

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

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья, женщины, использующие контрацепцию;

2 диспансерная группа - здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы: нарушение менструального цикла, эрозия и эктропион шейки матки, дисплазия 3 степени и лейкоплакия вульвы;

3 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы: доброкачественная дисплазия молочной железы, гипертрофия молочной железы, атрофия молочной железы,галакторея, не связанная с деторождением, иастодиния; хронический сальпингит и оофорит; хронический эндометрит; киста бартолиневой железы; эндометриоз; ретенционные образования яичников;

4 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий; стриктура и атрезия влагалища; выпадение женских половых органов; врождённые аномалии яичников, труб; врождённые аномалии развития тела и шейки матки; другие врождённые аномалии развития женских половых органов;

5 диспансерная группа - женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие, привычный выкидыш).

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

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

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

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

Ультразвуковое исследование молочных желёз и маммография осуществляется в поликлинике по направлению врача акушера-гинеколога женской консультации.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер» для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

50. В случае наличия показаний для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в учреждения здравоохранения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля.

в гинекологическое отделение МБУЗ «Рыбинская ЦРБ» – женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи;

в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – женщины с гинекологической патологией, в т.ч. в сочетании с тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-воспалительными акушерскими осложнениями (инфицированный септический аборт, послеродовый эндометрит, акушерский перитонит, сепсис), воспалительными заболеваниями женской половой сферы для оказания высокотехнологичных медицинских технологий;

в гинекологическое отделение перинатального центра – женщины с гинекологической патологией при отсутствии тяжелой соматической патологии, гнойно-воспалительных акушерских осложнений (инфицированный септический аборт, послеродовый эндометрит, акушерский перитонит, сепсис), воспалительных заболеваний женской половой сферы для оказания высокотехнологичных медицинских технологий с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы;

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

Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

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

Дневной стационар является структурным подразделением и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий.

Направление на госпитализацию осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации.

С целью госпитализации выдаётся направление, выписка из индивидуальной карты. При плановой госпитализации необходимое предварительное обследование проводится в женской консультации. Результаты обследования выдаются пациентке.

Дневной стационар осуществляет следующие функции:

- проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

- проведение комплексного курсового лечения больных, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;

- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного лечения больных и беременных женщин;

- продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре, в состоянии, не требующем наблюдения в ночное и вечернее время, в условиях активного стационарного режима.

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

Показаниями для экстренной госпитализации в круглосуточный стационар являются:

- угроза жизни больной при острой гинекологической патологии;

- состояние больной, требующее неотложных лечебно-диагностических мероприятий и /или круглосуточного наблюдения.

Показаниями для плановой госпитализации в круглосуточный стационар являются:

- невозможность проведения лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно- поликлинических условиях;

- состояние больной, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больной;

- осложнённая беременность;

- территориальная отдалённость больной от стационара (с учётом потенциально возможного осложнения);

- неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих.

50.3 В случае наличия показаний для оказания ВИП по профилю «акушерство и гинекология» женщины направляются в федеральные государственные учреждения РФ. Лечение пациентов осуществляется в счёт квот федерального бюджета и за счёт средств краевого бюджета.

VII. Порядок оказания медицинской помощи детям с гинекологической патологией

51. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 17 лет включительно включает профилактику и диагностику нарушений

формирования репродуктивного здоровья, раннее выявление заболеваний половых органов, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий.

52. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с гинекологической патологией на амбулаторном этапе оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, в женской консультации (кабинете) и в детской поликлинике МБУЗ «Рыбинская ЦРБ», консультативной поликлинике перинатального центра.

53. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи является проведение диспансерных (профилактических) осмотров девочек при рождении, а также в возрасте 9-12 месяцев, 3, 7, 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики нарушений становления репродуктивной функции.

Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами или врачами-педиатрами в составе выездных бригад.

По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы:

хронический тозиллит и тонзилэктомия в год менархе, ожирение I и II степени или дефицит массы тела более 10% в период полового созревания; вегето-сосудистая дистония; состояние после лапаротомии: аппендицит, перитонит и др.; состояние после перенесенной черепно-мозговой травмы ; ревмокардит, пороки сердца; туберкулёз; задержка физического развития; низкорослость, высокий рост; патология в системе гемостаза; девочки, длительно болеющие различными другими экстрагенитальными заболеваниями (ОРВИ, эндокринными, аллергическими, инфекционными, хронические заболевания почек, печени и т.д.); девочки от матерей, чья беременность протекала с угрозой прерывания, сопровождалась фетоплацентарной недостаточностью, внутриутробной гипоксией и гипотрофией плода, гестозом;

2 диспансерная группа - девочки с нарушением полового развития (появление признаков полового развития: рост молочных желёз, волос на лобке) до 8 лет; отсутствие вторичных половых признаков в 12-13 лет; отсутствие менструации в возрасте старше 14,5 лет, даже при наличии вторичных половых признаков; нарушение строения наружных половых органов, т.е. вид наружных гениталий не соответствует женскому полу; оволосенение по мужскому типу - гирсутизм, гипертрихоз;

3 диспансерная группа - девочки с гинекологическими заболеваниями: нарушение менструального цикла, перерыв менструальной функции более, чем на 3 месяца; ювенильные кровотечения; первичная и вторичная аменорея; дисменорея; аномалии развития матки и влагалища; воспалительные заболевания половых органов – вульвиты и вульвовагиниты специфической и неспецифической этиологии, сальпингиты, оофориты, пельвиоперитониты,

аппендикулярно-генитальный синдром; опухоли яичников, вульвы, вагины, матки; эндометриоз; гиперандрогении; гипоталямический синдром пубертатного периода;

4 диспансерная группа - девочки с нарушениями менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии. Нарушение менструального цикла у девочек с хроническим холециститом, панкреатитом, дискинезией желчевыводящих путей, гастродуоденитом, энтероколитом; хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом, пороками развития мочевыводящих путей; желнокаменной болезнью; первичные нарушения в системе гемостаза – болезнь Виллебранта, болезнь Верльгофа, тромбоцитопатии; ревматоидный артрит, врождённые пороки сердца, патологии эндокринной системы: гипотиреоз, гипертиреоз, аутоиммунный тиреодит, ожирение, дефицит веса, нервная анорексия, сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга, дефицит гормона роста, гмперпролактинемия, идиопатический гипопитуитаризм, опухоли гипофиза, гипоталамуса, вторичное повреждение гипоталямо-гипофизарной связи опухолью, травмой, хирургическим вмешательством.

Девочка, достигшая возраста 18 лет, передается под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девочки для определения группы диспансерного наблюдения.

54. Медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, направляет девочку с гинекологической патологией на амбулаторно-поликлинический приём к врачу акушеру-гинекологу, прошедшему тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей в случаях, когда отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие пороков развития и нарушения полового развития.

Плановая госпитализация детей с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки осуществляется при наличии анализов, подтверждающих отсутствие заболевания сифилисом, гепатами В и С, ВИЧ-инфицированности, отсутствие контакта с детьми, заболевшими детскими инфекциями в течение 21 дня.

Критерии отбора детей с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки:

тяжесть состояния больной;

необходимость хирургического вмешательства или манипуляций с использованием анестезии, необходимость подбора и проведения комплексной терапии;

проведение комплексного обследования с использованием современных диагностических технологий для уточнения диагноза и для контроля за эффективностью терапии.

55. Специализированная медицинская помощь девочкам с гинекологической патологией оказывается в гинекологическом отделении перинатального центра, где имеются лицензии по специальностям «акушерство и гинекология» и «педиатрия».

56. Экстренная медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в гинекологическом отделении перинатального центра, где имеются лицензии по специальностям «акушерство и гинекология» и «детская хирургия».

57. Плановая медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в гинекологическом отделении перинатального центра, где имеются лицензии по специальностям «акушерство и гинекология» и «детская хирургия».

При плановой и экстренной медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями объем оперативного вмешательства определяется при участии врача акушера-гинеколога и детского хирурга.

Штаты медицинского персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения устанавливаются из расчета 1,25 должности врача акушера-гинеколога на 10 тыс. населения детского возраста, в стационарных учреждениях здравоохранения – устанавливаются руководителем учреждения здравоохранения с учетом штатных нормативов гинекологического отделения родильного дома или перинатального центра согласно приложениям № 6 и № 9 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н.