

Утверждена  
приказом  
министерства здравоохранения РК  
от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

Дорожная карта оказания медицинской помощи пациентам по профилю  
"Акушерство и гинекология" в Республике Калмыкия

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020г. №1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (далее - приказ Минздрава России от 20.10.2020г. №1130н) порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" включает:

- I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.
- II. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода.
- III. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период.
- IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи.
- V. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовый период.
- VI. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период.
- VII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.
- VIII. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями.
- IX. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности.

## I. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности в Республике Калмыкия.

Согласно приложению 2 "Распределение медицинских организаций, оказывающих женщинам медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями по группам оказания медицинской помощи в Республике Калмыкия", женские консультации (кабинеты поликлиник, поликлинических отделений), оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, делятся на две группы (уровня) с учетом региональных особенностей в Республике Калмыкия:

первая группа (уровень) - 12 медицинских организаций - женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при районных больницах, акушерских стационарах первой группы (уровня), оказывающие первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях с численностью обслуживаемого населения до 50000 человек;

вторая группа (уровень) - отсутствует (в рамках реализации региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения Республики Калмыкия, утвержденной Постановлением Правительства Республики Калмыкия от 11 декабря 2020 года №379, запланированы мероприятия по организации межрайонных центров на функциональной основе в срок до 2024 года);

третья группа (уровень) - 2 медицинские организации: БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчуева".

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности с целью профилактики, диагностики и лечения ее осложнений оказывается в женской консультации.

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

При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11–12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 20 недель

беременности.

При сроках беременности 11–14 и 19–21 недель беременным женщинам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода, риск преждевременных родов, риск преэклампсии, хромосомные аномалии (далее – ХА) и пороки развития плода (далее – ПРП).

На первом этапе при сроке беременности 11–14 недель беременная женщина направляется в кабинет антенатальной охраны плода при БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой" для проведения ультразвукового исследования (далее – УЗИ) врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода), и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св.  $\beta$ -ед.ХГЧ).

В целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, при сроке беременности 11–14 недель беременной женщине в условиях межрайонного кабинета антенатальной охраны плода выполняется измерение роста, веса, артериального давления, ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия. Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11–14 недель беременности согласно приложению № 7 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №1130н (далее Порядок) и выдаются на руки пациентке.

Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св.  $\beta$ -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, оформленным по форме согласно приложению № 8 к Порядку, передается в лабораторию медико-генетической консультации ПЦ. На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии.

Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в женские консультации, где проводился первый этап антенатальной оценки состояния плода, в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом-акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций. Беременная женщина должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

В случае выявления у беременной женщины высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА и/или ПРП по результатам скрининга при сроках беременности 11–14 недель, она направляется в медицинскую организацию акушерского профиля третьей группы (уровня) или медико-генетический центр (консультацию), имеющий лицензии по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «ультразвуковая диагностика» и «клиническая лабораторная диагностика», осуществляющую комплексный расчет индивидуального риска, для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ.

В случае подтверждения высокого риска ХА и/или ПРП ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования (аспирация/биопсия ворсин хориона).

Для проведения инвазивного обследования - аспирации/биопсии ворсин хориона, беременная по договору направляется в Волгоградский областной перинатальный центр №1.

Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода ПЦ и размещаются в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдаются на руки пациентке.

В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременности определяются консилиумом врачей. Заключение оформляется письменно и направляется лечащему врачу в электронном виде по защищенному каналу связи в сети Интернет и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

На втором этапе при сроке беременности 19–21 неделя беременные с низким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11–14 недель, направляются в кабинет антенатальной охраны плода ПЦ с целью проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в сроке беременности 19-21 неделя согласно приложению № 9 к Порядку.

В случае выявления (подтверждения) высокого (1/100 и выше) риска

ХА и/или при ПРП, ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).

По результатам обследования лечащий врач представляет беременной женщине информацию о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

Беременные женщины, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, заблаговременно направляются на родовую госпитализацию в отделения акушерского ухода для беременных женщин для наблюдения.

Правила организации деятельности отделения акушерского ухода для беременных женщин, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения отделения акушерского ухода для беременных женщин определены приложениями № 10–12 к Порядку.

В дневной стационар женской консультации ПЦ направляются женщины в сроке беременности до 22 недель (за исключением проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности) и в послеродовой период, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, не требующей круглосуточного пребывания в медицинской организации. Правила организации деятельности дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии определены приложениями № 13–15 к Порядку.

В дневной стационар женской консультации ПЦ допустимо по показаниям направлять беременных женщин в сроке беременности 24–28 недель для проведения глюкозо-толерантного теста.

При сроке беременности 36–37 недель беременности формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная женщина информируется врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока родовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

Распределение потоков направления беременных женщин средней и высокой группы риска определено приложениями 3,4,5 к настоящему приказу.

Распределение потоков направления беременных женщин средней и высокой группы риска может изменяться в зависимости от текущей эпидемиологической обстановки.

## II. Оказание медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода в Республике Калмыкия.

При диагностированных пороках развития плода (далее - ПРП), требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденному, беременная женщина направляется в БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", где в соответствии с приказом министерства здравоохранения Республики Калмыкия от 02.03.2020 №244 "О перинатальном консилиуме" проводится перинатальный консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-педиатра, врача детского хирурга, врача УЗИ - диагностики, врача-неонатолога и врача-специалиста (далее - ПК) по профилю выявленного ПРП.

Если по заключению ПК врачей возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП во время беременности, женщине предлагается госпитализация в Федеральную клинику, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

Если по заключению ПК врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, беременные женщины для родоразрешения направляются в БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", с последующим переводом в медицинскую организацию оказывающую медицинскую помощь по профилю «детская хирургия».

При выявлении ПРП сердечно-сосудистой системы, требующего хирургической коррекции, беременные женщины направляются для родоразрешения в Федеральные центры, имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «сердечно-сосудистой хирургии» и (или) «детской хирургии» и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей-сердечно-сосудистых хирургов из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», для проведения медицинского вмешательства. Эвакуация новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской

помощи осуществляется выездной педиатрической бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации Перинатального центра или Республиканского детского медицинского центра.

2.1. К ВПС, требующим кардиохирургического вмешательства в первые дни жизни, относятся:

ВПС с обструкцией системного кровотока (коарктация аорты/перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, критический стеноз клапана аорты);

ВПС с обструкцией лёгочного кровотока (атрезия/стеноз лёгочной артерии с протокзависимой гемодинамикой, критическая форма аномалии Эбштейна, тотальный аномальный дренаж лёгочных с рестрикцией на коллекторе);

простая транспозиция магистральных артерий;

открытый артериальный проток у недоношенных (в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения).

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

простая транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки более 6 мм;

тотальный аномальный дренаж лёгочных вен;

общий артериальный ствол;

аортолёгочное окно;

гемитрункус;

аномалия Тауссиг-Бинга без выраженной обструкции системного и лёгочного кровотока;

ВПС с гиперволемией малого круга кровообращения, требующей суживания лёгочной артерии, или другого паллиативного кардиохирургического вмешательства до 28 дней жизни;

тетрада Фалло с агенезией клапана лёгочной артерии.

2.3. При наличии ПРП, сочетающегося с ХА, или наличии множественных ПРП, проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья новорожденного, включая генетическое обследование, ЭХО-кардиографию и магнитно-резонансную и/или компьютерную томографию плода. По результатам проведенного дообследования проводится телемедицинское консультирование врачей федеральной медицинской организации для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

III. Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период в Республике Калмыкия.

Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию

на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «акушерскому делу».

С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц, а также новорожденных, оказание медицинской помощи женщинам во время родов и в послеродовой период осуществляется на основе Дорожной карты оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология" в Республике Калмыкия, позволяющей 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 медицинских организаций.

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, а также новорожденным, в соответствии с приложением 2 "Распределение медицинских организаций, оказывающих женщинам медицинскую помощь в период родов и послеродовой период, по группам оказания медицинской помощи" разделяются на две группы (уровня) по возможности оказания медицинской помощи, с учетом региональных особенностей в Республике Калмыкия:

первая группа (уровень) - акушерские стационары (ургентные родильные залы), в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога - 12 районных больниц;

- третья группа А - 1 региональный перинатальный центр, имеющий в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации: БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой";

- третья Б группа - акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских



стационаров субъектов Российской Федерации - 0 медицинских организаций.

В акушерских стационарах рекомендуются семейно ориентированные (партнерские) роды.

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

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

В родильном зале, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется обеспечить максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди (не позднее 1,5-2 часов) после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания.

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

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

При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.

После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию (талон № 2 обменной карты беременной, роженицы и родильницы), детскую поликлинику (талон № 3 обменной карты беременной, роженицы и родильницы) в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным.

Приложением 4 утверждены показания для направления беременных и рожениц в БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой" в зависимости от имеющейся патологии.

Приложением 5 утверждены показания для направления беременных и рожениц в БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчуева" в зависимости от имеющейся патологии.

Распределение потоков направления беременных женщин, рожениц и родильниц на госпитализацию может изменяться в зависимости от текущей эпидобстановки.

При ежегодном закрытии акушерского стационара для проведения плановых противоэпидемических мероприятий в соответствии с СанПиНом

2.1.3.2630-10, утвержденным постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010г. №58, БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой" обеспечивает плановую работу стационара.

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

Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний в профильном отделении БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчуева".

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

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

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 тромбозомболическими осложнениями;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией.

2). ВПС:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

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

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

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

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

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

болезнь Эбштейна;

сложные ВПС;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза.

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;

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

5). Состояния после операций на сердце.

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы - БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчужева", имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) медицинской помощи женщине.

Вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной абляции) – о направлении в стационар медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии»

(за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» решает консилиум врачей в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга) и врача-акушера-гинеколога, в том числе с использованием дистанционного консультирования врачей-специалистов федеральных медицинских организаций.

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

При сроке беременности 27–32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в стационар медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «кардиологии» и (или) «сердечно-сосудистой хирургии», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум врачей медицинской организации, в стационар которой направлена беременная женщина, в составе врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, УЗИ с доплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии показаний – о досрочном родоразрешении.

При сроке беременности 35–37 недель консилиумом врачей в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса, определяется медицинская организация для родоразрешения, срок родов и способ родоразрешения.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется

непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

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, направляются для родоразрешения в Федеральные центры, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» для проведения соответствующего лечения.

Тактика ведения в послеродовом периоде определяется консилиумом врачей: новорожденный госпитализируется в отделение патологии новорожденных, родильница, с учетом состояния по основному заболеванию может быть переведена в акушерский стационар (палата совместного пребывания матери и ребенка) или гинекологический стационар.

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

V. Оказание медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовый период в Республике Калмыкия.

Для оказания медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой" функционирует отделение анестезиологии-реаниматологии, а также акушерский дистанционный консультативный центр с выездными бригадами скорой медицинской помощи.

Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра и родильного дома определены приложением № 25 к Порядку.

Правила организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и родильного дома и выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-

реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и родильного дома и выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, определены приложениями № 26–31 к Порядку.

К основным состояниям и заболеваниям, синдромам и симптомам, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовый период, а также консультирования и дальнейшего мониторинга состояния пациентки в акушерском дистанционном консультативном центре, относятся:

- остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация);
- нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS);
- инсульт;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия;
- желтуха при преэклампсии;
- билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии);
- повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ;
- внутрисосудистый гемолиз;
- тромботическая микроангиопатия;
- острый цианоз;
- одышка более 25 в мин.;
- патологические ритмы дыхания;
- апноэ (любая этиология);
- острый респираторный дистресс синдром;
- $paO_2/FiO_2 < 200$  мм рт. ст.;
- сатурация кислорода менее 90% более 60 мин;
- отек легких (любая этиология);
- интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией;
- аспирационный синдром;
- шок – анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный;
- продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология);
- нарушения ритма сердца (любые формы);
- сердечная недостаточность;
- олигурия, резистентная к введению жидкости;
- креатинин более 150,0 ммоль/л;
- тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл);
- сгустки крови не образуются, гипокоагуляция;
- pH крови менее 7,2;
- признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза;
- кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение;

тяжелая анемия (любая этиология), сопровождающаяся гемической гипоксией;

трансфузия компонентов крови;

гистерэктомия (любые показания);

лапаротомия кроме операции кесарева сечения;

релапаротомия (любые показания);

разрыв матки;

осложнения после прерывания беременности в ранние сроки;

сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;

лактат более 2,0 ммоль/л;

госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания);

согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, неакушерских операциях во время беременности;

осложнения анестезиологического обеспечения (любые);

осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов;

прогнозируемая или текущая трудная интубация трахеи;

декомпенсация соматической патологии (любая).

В случае необходимости, к оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-реанимации должны привлекаться врачи той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость в проведении реанимации и интенсивной терапии.

Основанием для перевода родильниц в послеродовое отделение, беременных женщин – в отделение патологии беременности (другие профильные отделения по показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения является стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций.

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

вне медицинской организации – осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, которая состоит из врачей-анестезиологов-реаниматологов, владеющих методами ургентной диагностики, реанимации и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии; врачей-акушеров-гинекологов, владеющих полным объемом хирургических вмешательств в акушерстве-гинекологии, и медицинских сестер-анестезистов, освоивших навыки оказания неотложной помощи в неонатологии и акушерстве-гинекологии, или в случае отсутствия выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации – бригадами скорой медицинской помощи;

в стационарных условиях – осуществляется в акушерских стационарах, отделениях анестезиологии-реанимации медицинских организаций.

При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы, на уровне фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта, офис врача общей практики (семейного врача), медицинский работник в экстренном порядке вызывает бригаду скорой медицинской помощи и информирует администрацию соответствующей районной больницы о сложившейся ситуации.

Дежурный администратор районной больницы организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице с привлечением врачей-акушеров-гинекологов и врачей-анестезиологов-реаниматологов до времени прибытия бригады скорой медицинской помощи и осуществляет подготовку подразделений медицинской организации к приему беременной женщины, роженицы или родильницы.

При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в медицинскую организацию, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации в АКДЦ ПЦ и главному специалисту Министерства здравоохранения РК, курирующему службу родовспоможения, для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.

При необходимости досрочного родоразрешения не подлежащих медицинской эвакуации беременных женщин в акушерском стационаре первой группы (уровня), координация оказания медицинской помощи новорожденному ребенку осуществляется АКДЦ ПЦ, в том числе с привлечением выездных неонатологических бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденным БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. В.Д.Манджиевой",.

Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах первой группы (уровня), для оказания медицинской помощи на месте, а также для медицинской эвакуации женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовый период, в акушерские стационары третьей А и Б группы (уровня) или профильные (реанимационные) отделения многопрофильных больниц.

Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации эвакуирует женщин с акушерской патологией в отделения анестезиологии-реанимации БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", с экстрагенитальными заболеваниями в отделения



анестезиологии-реанимации БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчуева".

Из отдаленных населенных пунктов при необходимости для транспортировки больных рекомендуется организовывать санитарно-авиационную эвакуацию пациентов.

Распределение потоков направления беременных женщин высокой группы риска, угрожаемых по развитию неотложных состояний, связанных с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, на стационарное лечение определено приложениями 8, 9 к настоящему приказу.

## VI. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период в Республике Калмыкия.

Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется специалистами БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", совместно со специалистами БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи":

Оказание медицинской помощи женщинам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

Основным критерием эффективности оказания медицинской помощи беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией является неопределяемый уровень вирусной нагрузки у 90 % беременных перед родами, что позволяет предотвратить перинатальную передачу ВИЧ.

Необходимо обеспечить совместное ведение пациентки врачом-акушером-гинекологом и врачом-инфекционистом с реализацией следующих мероприятий:

- разработка плана ведения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией;

- отражение в медицинской документации женщины (индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы, обменная карта беременной, роженицы и родильницы, медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях) эпидемиологического номера (в регионе пребывания), схемы антиретровирусной терапии (далее – АРВТ), принимаемой во время беременности, данных лабораторного и клинического мониторинга, рекомендаций по схемам предотвращения перинатальной передачи ВИЧ в родах, послеродовом и раннем неонатальном периодах;

- проведение работы по формированию приверженности у беременной женщины к наблюдению и АРВТ;

- контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов;

при отказе женщины от одного или всех этапов предотвращения перинатальной передачи ВИЧ постановка в известность руководителя медицинской организации и Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации немедленно;

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

своевременный лабораторный мониторинг за эффективностью и безопасностью АРВТ в соответствии с планом ведения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией, и утвержденными стандартами оказания медицинской помощи;

подготовка беременной женщины к родоразрешению;

взаимодействие с акушерским стационаром по вопросам продолжения АРВТ и родоразрешения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией;

контроль за своевременным поступлением беременной женщины с ВИЧ-инфекцией на госпитализацию в акушерский стационар (в плановом порядке – на сроке 38 недель).

Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи", в том числе в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) АРВТ и запрашивает информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, назначенных специалистами БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи". Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема врач-акушер-гинеколог женской консультации информирует БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи" для принятия соответствующих мер.

При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или при отсутствии результатов скрининга на ВИЧ в 3-м триместре беременности, а также при наличии высокого риска заражения ВИЧ независимо от количества исследований во время беременности, рекомендуется

лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее – ИДС).

Тестирование роженицы на антитела к ВИЧ в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (применении антиретровирусных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, проводится в лаборатории или приемном отделении акушерского стационара медицинскими работниками, прошедшими повышение квалификации по вопросам диагностики ВИЧ. Исследование проводится в соответствии с инструкцией, прилагаемой к конкретному экспресс-тесту.

Каждое исследование на ВИЧ с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным параллельным исследованием той же порции крови классическими методами (ИФА, иммунный блот). Результаты этого исследования немедленно передаются в медицинскую организацию по месту забора крови.

Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

Проведение антиретровирусной профилактики у женщины в период родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется по возможности ограничить проведение акушерских пособий, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода.

При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов.

Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается лечащим врачом-акушером-гинекологом, на основе клинических рекомендаций, с учетом состояния матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ методом ИФА с помощью вакуумных систем для забора крови. Кровь направляется в скрининговую лабораторию.

В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ-инфекцией по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации. В исключительных случаях, если женщина, несмотря на многократно проводимое консультирование, приняла осознанное решение о грудном вскармливании, рекомендуется провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене. При желании женщины сохранить грудное вскармливание ребенка рекомендуется продолжить прием АРВТ матери на весь период сохраняющегося риска передачи ВИЧ от матери ребенку. При наличии грудного вскармливания рекомендуется применение антиретровирусных препаратов у ребенка.

Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются в медицинской документации матери и ребенка и передаются в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи", а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

## VII. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в Республике Калмыкия.

Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной (доврачебной и врачебной), специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», или «акушерскому делу».

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).

В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют

специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или медицинской сестрой.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в женской консультации, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские приемы женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прегравидарную и преграavidарную подготовку.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов, осуществляется при проведении профилактического приема, проведении диспансеризации взрослого населения или посещении смотрового кабинета медицинской организации.

В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится: скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (анализ на вирус папилломы человека (далее – ВПЧ) и цитологическое исследование мазка (соскоба), в т. ч. жидкостная цитология, на наличие атипических клеток шейки матки) и скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм).

Скрининг при профилактических осмотрах здоровых женщин считается выполненным при охвате 80 % и более женского населения. Широта охвата населения (80 % и более) может быть обеспечена с помощью активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также использованием технологии самозабора (при исследовании на ВПЧ).

Скрининг для выявления рака шейки матки проводится в возрасте 21 – 29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии 1 раз в 3 года, в возрасте 30 – 65 лет – с применением ко-тестирования (цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау и ВПЧ-типирование, в том числе с использованием технологии самозабора) 1 раз в 5 лет.

Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года.

С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии

внутренних половых органов проводится бимануальное исследование и УЗИ органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы здоровья:

I группа здоровья – женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития;

II группа здоровья – женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития.

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

III группа здоровья – женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом-акушером-гинекологом.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Группы диспансерного наблюдения женщин с гинекологическими заболеваниями:

1 диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие, синдром поликистозных яичников, олиго/аменорея).

Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, с обязательным соблюдением принципов онконастороженности.

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

Врачебная тактика в отношении женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью

к категории «Системы данных результатов визуализации молочных желез» (BI-RADS):

0 категория – направляется на консультацию врача-онколога для определения дальнейшей тактики ведения;

1, 2 категории – пациентка наблюдается врачом-акушером-гинекологом;

3 категория – направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза;

4, 5, 6 категории – наблюдается врачом-онкологом.

При исключении 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.

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач-акушер-гинеколог взаимодействует со специалистами кабинета медико-социальной помощи женской консультации (специалистом по социальной работе, психологом) в части осуществления мероприятий по предупреждению аборт, 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 и после.

Правила организации деятельности Центра охраны здоровья семьи и репродукции, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения Центра охраны здоровья семьи и репродукции определены приложениями № 32–34 к Порядку.

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

Первая группа (уровень) – гинекологические койки при хирургических отделениях районных больниц, оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологической патологией.

Вторая группа (уровень) – отсутствуют.

Третья А группа (уровень) – гинекологические отделения БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", БУ РК "Республиканская больница им.П.П.Жемчуева", оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

Третья Б группа (уровень) – гинекологические стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», а также в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

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

состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи;

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

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

состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями аборт и родов;

заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом, с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения;

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

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

состояния, перечисленные выше для стационаров третьей А групп (уровня);

состояния, обусловленные гинекологической патологией для оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Правила организации деятельности гинекологического отделения, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения гинекологического отделения определены приложениями № 35–37 к Порядку.

В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 3-6 часов в сутки.

Стационарная помощь гинекологическим больным оказывается в медицинских организациях, которые в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения в соответствии с приложением 2 "Распределение медицинских организаций, оказывающих женщинам



медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями, по группам оказания медицинской помощи в Республике Калмыкия":

первая группа (уровень) - 11 медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологической патологией в центральных районных больницах;

третья А группа (уровень) - 2 медицинских организаций: гинекологические отделения БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчуева", оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю "акушерство и гинекология".

Распределение потоков направления гинекологических больных определено приложениями 3,4,5 к настоящему приказу.

Распределение потоков направления гинекологических больных на консультативный прием и госпитализацию может изменяться в зависимости от текущей эпидобстановки.

#### VIII. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями в Республике Калмыкия.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в медицинских организациях: женская консультация БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", детская поликлиника БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. Валентины Джаловны Манджиевой", женские консультации центральных районных больниц.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь девочкам (в возрасте до 17 лет включительно) с гинекологическими заболеваниями оказывается в БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. Валентины Джаловны Манджиевой",

- плановая стационарная помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями оказывается в БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. Валентины Джаловны Манджиевой",

- экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с острыми гинекологическими заболеваниями оказывается в БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. Валентины Джаловны Манджиевой".

Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь девочкам (в возрасте до 17 лет включительно) с гинекологическими заболеваниями оказывается в Федеральных центрах.

Оказание медицинской помощи несовершеннолетним девочкам и подросткам с гинекологическими заболеваниями (в возрасте до 17 лет включительно) (далее – несовершеннолетние) с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной (первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи; первичной специализированной медико-санитарной помощи), специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях: женская консультация БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой", детская поликлиника БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. Валентины Джаловны Манджиевой", женские консультации центральных районных больниц.

Правила организации деятельности кабинета врача-акушер-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 38–40 к Порядку.

Правила организации деятельности Центра охраны репродуктивного здоровья подростков, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения Центра охраны репродуктивного здоровья подростков определены приложениями № 41–43 к Порядку.

Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним включает:

- профилактику нарушений формирования репродуктивной системы и заболеваний половых органов;

- раннее выявление, лечение, в том числе неотложное, и проведение медицинских реабилитационных мероприятий при выявлении гинекологического заболевания;

- персонализированное консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска и первичной профилактики заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики аборт и выбора контрацепции;

- санитарно-гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории медицинской организации, с учетом возрастных психологических особенностей и направленное на ознакомление с нормальной физиологией полового созревания, с основными проявлениями гинекологических заболеваний, нарушений полового развития и патологии молочных желез, требующих обращения к врачу акушеру-гинекологу, на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая санаторно-курортное лечение.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним в целях выявления гинекологических заболеваний

организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом-акушером-гинекологом, а в случае его отсутствия – врачом-педиатром или другим врачом-специалистом.

Врачи-специалисты, оказывающие медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, должны направляться на обучение для повышения квалификации по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей не реже 1 раза в 5 лет.

Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи является проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в возрасте 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез.

При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних декретируемых возрастов после получения ИДС врач-акушер-гинеколог или иной врач-специалист осуществляет выяснение жалоб, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценку степени полового развития, осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития. При профилактическом осмотре несовершеннолетних в возрасте 17 лет при наличии условий проводится взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка шейки матки.

По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы здоровья:

I группа здоровья – здоровые девочки, не имеющие врожденной патологии функциональных и морфофункциональных нарушений органов репродуктивной системы;

II группа здоровья – девочки, имеющие в настоящее время или в течение 6 месяцев, предшествующих профилактическому осмотру:

острую травму половых органов и молочных желез, сращения малых половых губ, полип гимена, гемангиома, киста вульвы/влагалища, гипертрофию малых половых губ, острые неосложненные воспаления вульвы и(или) влагалища и внутренних половых органов, расстройства менструаций, фолликулярная или желтого тела киста яичника, нелактационный серозно-инфильтративный или гнойный мастит;

хирургическое вмешательство на органах репродуктивной системы, при сохранности их функции;

III группа здоровья – девочки:

с хроническими заболеваниями (состояниями) органов репродуктивной системы в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями;

с хроническими рецидивирующими, доброкачественными невоспалительными (склерозирующий лишай, атропический вульвит)

и воспалительными заболеваниями наружных половых органов;  
с расстройством менструаций, дисменореей в течение 6 месяцев и более;  
с доброкачественной опухолью матки и ее придатков;  
с доброкачественными заболеваниями молочных желез;  
с преждевременным половым развитием (в возрасте до семи лет включительно);  
с задержкой полового развития (отсутствие роста молочных желез в возрасте старше тринадцати лет, отсутствие менархе в возрасте старше пятнадцати лет);  
с аномалиями (пороками) развития внутренних половых органов;  
при сочетании указанных болезней с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации;

IV группа здоровья – девочки:

с хроническими гинекологическими заболеваниями (состояниями) в активной стадии или с частыми обострениями, с полной или частичной компенсацией функций органов репродуктивной системы;

с хроническими гинекологическими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, требующими назначения поддерживающего лечения, в том числе с генитальным эндометриозом, с синдромом поликистозных яичников, с задержкой полового развития при хромосомных болезнях и ХУ-реверсии пола;

с последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов репродуктивной системы, повлекшими ограничения возможности обучения и труда по причине торпидного течения, частых обострений, локальных и (или) системных осложнений, сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии в стадии неполной компенсации;

V группа здоровья – девочки:

страдающие тяжелыми хроническими экстрагенитальными заболеваниями (состояниями) с редкими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с сопутствующими гинекологическими заболеваниями и (или) выраженной декомпенсацией функций органов репродуктивной системы;

с дефицитом гормонов репродуктивной системы после лечения онкологического заболевания, повлекшего невозможность обучения и труда.

Девочки из I и II группы здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом-акушером-гинекологом или другим медицинским работником.

Девочкам, отнесенным к III, IV, V группам здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;

3 диспансерная группа – девочки с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии.

В возрастные периоды, не предполагающие проведение профилактических осмотров, несовершеннолетние направляются к врачу-акушеру-гинекологу, врачом-педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта при наличии следующих показаний:

зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации кожи наружных половых органов и влагалища;

сращение малых половых губ;

папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;

выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;

кровяные выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;

травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;

патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте;

боль в животе в любом возрасте;

изменение формы и величины живота в любом возрасте;

увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до восьми лет;

ускоренное физическое и половое развитие в возрасте до восьми лет;

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

перерыв в менструациях более чем на 48 дней в пубертатном периоде (с менархе до семнадцати лет включительно);

отсутствие менструации в возрасте пятнадцати лет и старше;

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

наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;

нарушение строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофия клитора и малых половых губ, урогенитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте, свищи с вовлечением женских половых органов;

аплазия, гипоплазия, гипермастия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, доброкачественная дисплазия молочных желез и узловые образования молочных желез, мастит в пубертатном периоде;

отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового

созревания (в возрасте от восьми до семнадцати лет включительно) более чем на 10%;

повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;

задержка физического развития в любом возрасте;

низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания;

высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового созревания;

состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;

реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

начало сексуальных отношений;

необходимость консультирования девочки по вопросам интимной гигиены;

необходимость консультирования девочки (ее законного представителя) по вопросам вакцинирования против ВПЧ;

необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ, вирусом гепатита В и С;

необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных девочек, в том числе после аборта.

Медицинские вмешательства проводятся после получения ИДС несовершеннолетних в возрасте пятнадцати лет и старше или больных наркоманией в возрасте шестнадцати лет и старше, а при необходимости обследования и лечения девочек, не достигших указанного возраста, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, если они по своему состоянию не способны дать ИДС, – при наличии ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

При выявлении беременности любого срока у несовершеннолетней в возрасте до восемнадцати лет вопрос о пролонгировании или прерывании беременности решается врачом-акушером-гинекологом (при необходимости – врачебным консилиумом) медицинской организации, оказывающей помощь женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Наблюдение за течением беременности у несовершеннолетней осуществляется врачом-акушером-гинекологом медицинской организации, оказывающей помощь женщинам во время беременности, в родах и в послеродовом периоде.

Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в соответствии с разделом IX настоящего Порядка.

Экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с острыми гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в БУ РК "Республиканский детский медицинский центр

им.В.Д.Манджиевой", имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» или «детской хирургии», («хирургии»), имеющих стационар круглосуточного пребывания с отделением анестезиологии-реаниматологии, врачами-акушерами-гинекологами, врачами-детскими хирургами (врачами-хирургами). При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних 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 врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами необходимо согласовывать с врачом-акушером-гинекологом, в том числе, при необходимости – с использованием дистанционного консультирования и (или) телемедицинских технологий.

Правила организации деятельности гинекологического отделения для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения гинекологического отделения для несовершеннолетних определены приложениями № 44–46 к Порядку.

Правила организации деятельности дневного стационара для диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии определены приложением № 13 к Порядку.

Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

## IX. Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности в Республике Калмыкия.

Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в амбулаторных условиях, условиях дневного или круглосуточного стационара.

Искусственное прерывание беременности пациенткам, не имеющим медицинских показаний для прерывания беременности, в том числе прерывание беременности плодом с выявленными ПРП в сроке до 12 недель, проводится в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Республики Калмыкия, по месту наблюдения беременной.

При искусственном прерывании беременности в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в случае возникновения медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, пациентка эвакуируется

в медицинские организации соответствующего профиля и группы (уровня) для дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Оказание медицинской помощи при искусственном прерывании беременности проводится на основе ИДС по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2016 г. № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный № 42006).

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе ИДС одного из родителей или иного законного представителя.

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

Обследование женщин проводится в женских консультациях.

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

При первичном обращении женщины с целью искусственного прерывания беременности врач-акушер-гинеколог направляет беременную на основе ИДС в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе).

Правила организации деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, определены в приложениях № 47–49 к Порядку.

Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности производит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности.

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

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:



не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности четвертая – седьмая неделя, при сроке беременности одиннадцатая – двенадцатая неделя, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

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

Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основе ИДС женщины.

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

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

Прерывание беременности в сроке до двенадцати недель хирургическим методом проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях дневного стационара Перинатального центра и гинекологических отделений Республиканской больницы и Перинатального центра и в районных больницах. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины и составляет 3-4 часа.

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

Для прерывания беременности сроком более двенадцати недель рекомендуется как медикаментозный, так и хирургический методы.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях гинекологического отделения Республиканской больницы или Перинатального центра, имеющие возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности) и/или в условиях наблюдационного отделения акушерского

стационара.

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям при сроке беременности более 22 недель проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях акушерского стационара Перинатального центра, 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 фетотида допустимо прерывание беременности сроком более 22 недель в гинекологическом отделении Республиканской больницы.

Основанием для искусственного прерывания беременности по социальному показанию в сроке беременности более 12 недель является документ, подтверждающий наличие социального показания для искусственного прерывания беременности.

Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2007 г., регистрационный № 10807), формируется врачебная комиссия с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля третьей группы (уровня) (в том числе - дистанционно) в составе врача-акушера-гинеколога, врача-специалиста по профилю основного заболевания (состояния) беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации (далее – Комиссия).

Персональный состав Комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации.

Заключение Комиссии о наличии у беременной женщины заболевания (состояния), являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, оформляется письменно и заверяется подписями членов Комиссии.

Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе ИДС женщины.

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

После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого пациентка информируется о признаках возможных осложнений, при появлении которых, ей следует незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, возможной реабилитации, а также по вопросам профилактики аборт и необходимости

сохранения и вынашивания следующей беременности.

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

## Приложение 2

Утверждено  
приказом  
министерства здравоохранения  
РК от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021г. № \_\_\_\_\_

Распределение медицинских организаций, оказывающих женщинам медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями по группам оказания медицинской помощи в Республике Калмыкия

### Первая группа

№ п/п	Наименование медицинской организации
1.	БУ РК "Городовиковская районная больница"
2.	БУ РК "Ики-Бурульская районная больница"
3.	БУ РК "Лаганская районная больница"
4.	БУ РК "Малодербетовская районная больница"
5.	БУ РК "Октябрьская районная больница"
6.	БУ РК "Кетченеровская районная больница"
7.	БУ РК "Приютненская районная больница"
8.	БУ РК "Сарпинская районная больница"
9.	БУ РК "Черноземельская районная больница им.У. Душана"
10.	БУ РК "Юстинская районная больница"
11.	БУ РК "Яшалтинская районная больница"
12.	БУ РК "Яшкульская районная больница"

### Третья группа А - региональный перинатальный центр, многопрофильные больницы

N п/п	Наименование медицинской организации
1.	БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой"
2.	БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчуева"
3.	БУ РК "Республиканский детский медицинский центр им. Валентины Джаловны Манджиевой"

## Приложение 3

Утвержден  
приказом  
министерства здравоохранения  
РК от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021г. № \_\_\_\_\_

### Перечень медицинских показаний для госпитализации в учреждения родовспоможения в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в Республике Калмыкия

Первый уровень
<p>Акушерские отделения районных больниц и родильные койки ургентных родильных залов районных больниц: на родоразрешение беременные поступают в 1,2,3 периодах родов.</p> <p>Критериями для определения этапности оказания плановой медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (уровня) являются:</p> <p>отсутствие показаний для планового кесарева сечения;</p> <p>отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний, в том числе:</p> <p>увеличение щитовидной железы без нарушения функции;</p> <p>миопия I и II степени без изменений на глазном дне;</p> <p>хронический пиелонефрит без нарушения функции;</p> <p>инфекции мочевыводящих путей вне обострения и др.;</p> <p>отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (протеинурия во время беременности, гипертензивные расстройства, задержка роста плода);</p> <p>головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;</p> <p>отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии;</p> <p>отслойки нормально расположенной плаценты;</p> <p>отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как преждевременные роды, гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.</p> <p>Показания для госпитализации в ургентный родильный зал:</p> <p>активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения);</p> <p>экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины</p>

и/или плода.

Примечание: При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в учреждение родовспоможения третьей А группы (приложение 2).

Третья группа А - региональный перинатальный центр БУ РК  
"Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой" ,  
многопрофильная больница БУ РК "Республиканская больница им.  
П.П.Жемчуева"

- возраст беременной женщины до 18 лет;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 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 сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая 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, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
- миастения;
- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;
- расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);
- подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;
- поперечное и косое положение плода;
- преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
- холестаз, гепатоз беременных;
- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III - IV степени при предыдущих родах;
- антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;
- многоплодная беременность (три 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);
- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- психические заболевания;
- перенесенная беременность;
- предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I-II степени;

- тазовое предлежание плода;
- низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель (за исключением наличия рубца на матке после операции кесарева сечения);
- мертворождение в анамнезе;
- рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения;
- рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;
- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 34-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (уровня) (высокой степени риска);
- антенатальная гибель плода (при отсутствии критериев, предусмотренных пунктом 27.3 настоящего Порядка);
- преэклампсия умеренная;
- эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный на диетотерапии, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация);
- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);
- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.



Утвержден  
приказом  
министерства здравоохранения  
РК от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021г. № \_\_\_\_\_

Перечень медицинских показаний для направления беременных женщин,  
рожениц и родильниц, гинекологических больных в  
БУ РК "Перинатальный центр им. О.А.Шунгаевой"

1. Беременные женщины:

- с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения - проведение перинатального консилиума;
- для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в строке 10 - 14 недель беременности (I скрининг) из закрепленных за медицинской организацией муниципальных образований;
- для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в строке 19 - 21 неделя беременности (II скрининг) из закрепленных за Перинатальным центром медицинских организаций;
- для проведения перинатального консилиума в соответствии с приказом министерства здравоохранения Республики Калмыкия от 02.03.2020 №244 "О перинатальном консилиуме" - индуцированная беременность, беременность, наступившая в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий;
- рубец на матке с расположением плаценты по передней стенке матки;
- патология шейки матки;
- юные беременные с экстрагенитальной патологией;
- пациентки в возрасте до 18 лет с патологией репродуктивной системы (диагностика и лечение гинекологических заболеваний, проведение дополнительных методов обследования для верификации диагноза, необходимость в консультации смежных (профильных) специалистов).
- с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания (кардиология, урология, гастроэнтерология, пульмонология, острая и хроническая хирургическая патология, нефрология (за исключением гломерулонефрита), неврология, эндокринология), включая рост беременной женщины ниже 150 см;
- с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, операции на матке и придатках, рождение детей с ПРП, прием тератогенных препаратов, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках);

- с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, анатомически узкий таз, неправильное положение плода в строке более 34 недель, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, подозрение на внутриутробную инфекцию, гипертензивные расстройства, анемия, наличие опухолевидных образований матки и придатков);
- резус-конфликтная беременность;

## 2. Пациентки с нарушением репродуктивной функции:

- планирование беременности у пациенток с отягощенным репродуктивным анамнезом (потеря беременности 2 и более раз, потеря одной беременности у женщин после 35 лет, перинатальные потери в анамнезе, рождение детей с ПРП);
- множественная миома матки или миома матки, с деформацией полости матки в репродуктивном возрасте,
- рецидивирующие гиперпластические процессы в репродуктивном возрасте;
- несостоятельный рубец на матке;
- пороки развития мочеполовой системы.
- оказание консультативно-диагностической, лечебной помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья;
- подготовка к беременности;
- подбор современных методов контрацепции (профилактика абортов);
- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам, обращающимся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения.

## 3. Акушерский стационар:

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 34 недель;
- предлежание плаценты;
- задержка роста плода;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода;
- много- и маловодие;

- состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств;
- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;
- расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);
- поперечное и косое положение плода;
- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III - IV степени при предыдущих родах;
- антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;
- многоплодная беременность (третя и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для много плодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов);

#### 4. Беременные женщины с тяжелой акушерской патологией.

- преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
- холестаз, гепатоз беременных;
- изоиммунизация при беременности;
- расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);
- подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии.

#### 5. Гинекологическое отделение Перинатального центра:

- оказание диагностической и лечебной помощи пациентам с гинекологическими заболеваниями;
- выполнение малоинвазивных хирургических манипуляций с использованием современных медицинских технологий пациентам с гинекологическими заболеваниями;
- оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья;

- выполнение гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий пациентам с нарушениями репродуктивной функции, в том числе с бесплодием;
- истмико-цервикальная недостаточность (в том числе коррекция ИЦН при ампутации шейки матки при помощи ЛС-серкляжа);
- невынашивание беременности;
- искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям у беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, в сроке до 21 недели;
- плановая оперативная гинекологическая помощь (бесплодие, нарушение менструального цикла, доброкачественные новообразования влагалища, наружных половых органов, эндометриоз, аденомиоз, миома матки, синехии полости матки, гиперпластические процессы эндометрия, аномалии развития половых органов, пролапс гениталий, дисфункция яичников, доброкачественные новообразования матки и придатков при беременности).
- не достигшим 18 лет, по медицинским показаниям в соответствии со статьей 56 "Искусственное прерывание беременности" Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Утвержден  
приказом  
министерства здравоохранения  
РК от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021г. № \_\_\_\_\_

Перечень медицинских показаний для направления беременных женщин, рожениц и родильниц, гинекологических больных в БУ РК "Республиканская больница им. П.П.Жемчуева"

1. Профильные отделения стационара:

Беременные женщины с экстрагенитальной патологией для определения дальнейшей тактики ведения беременности и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания (кардиология, урология, гастроэнтерология, пульмонология, острая и хроническая хирургическая патология, нефрология, неврология, эндокринология);

2. Гинекологическое отделение:

2.1. Беременные женщины:

- с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности до 22 недель беременности, гипертензивные расстройства, анемия, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

2.2. Искусственное прерывание беременности пациенткам:

- с выявленными ПРП по медицинским показаниям с экстрагенитальной патологией по заключению перинатального консилиума;
- по медицинским показаниям (экстрагенитальная патология) в сроке свыше 22 недель.

2.3. Родильницы с осложненным течением послеродового периода, в том числе доставленные бригадой специалистов отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи, с экстрагенитальной патологией, указанной в п. 1.

2.4. Плановая гинекологическая помощь:

- бесплодие,
- нарушение менструального цикла,
- доброкачественные новообразования женских половых органов,
- эндометриоз (наружный, внутренний, эндометриоз послеоперационного рубца),
- доброкачественное новообразование матки,
- аномалия развития половых органов,
- инородные тела половых органов,

- несостоятельность рубца на матке,
- доброкачественные заболевания яичников и маточных труб,
- гиперпластические процессы эндометрия,
- пролапс гениталий,
- воспалительные заболевания придатков матки с образованием tuboовариальных образований;
- эндокринные расстройства репродуктивного здоровья в репродуктивном периоде, пре- и постменопаузе;
- женское бесплодие в том числе с экстрагенитальной патологией, требующее консультаций смежных специалистов;
- невоспалительные заболевания вульвы, влагалища и шейки матки при отсутствии эффекта от лечения в медицинской организации по месту жительства;
- воспалительные заболевания женских половых органов без эффекта от консервативной терапии;
- пролиферативные заболевания (миома матки, эндометриоз, доброкачественные опухоли яичников и маточных труб, рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, рецидивирующие полипы);
- подозрение на злокачественные новообразования гениталий, требующие уточнения диагноза;
- пролапс тазовых органов, недержание мочи (в том числе смешанные формы, требующие консультации смежных специалистов);
- врожденные пороки развития гениталий;
- консультирование пациенток с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи;
- дифференциальная диагностика синдрома тазовой боли, консультирование и лечение причины совместно со смежными специалистами;
- заболевания гениталий, требующие рентген-хирургических вмешательств;
- оказание диагностической и лечебной помощи пациентам с гинекологическими заболеваниями;
- выполнение малоинвазивных хирургических манипуляций с использованием современных медицинских технологий пациентам с гинекологическими заболеваниями;
- оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья;
- выполнение гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий пациентам с нарушениями репродуктивной функции, в том числе с бесплодием.
- осложнения после прерывания беременности в любом сроке у женщин, имеющих экстрагенитальную патологию;
- осложненное течение послеродового периода, требующее лечения с использованием эфферентных методов;
- для проведения гинекологическим больным радикальных, органосохраняющих и реконструктивных операций эндоскопическим, влагалищным и абдоминальным доступами и их различных сочетаний;

- хирургическое лечение несостоятельности мышц тазового дна с опущением и выпадением стенок влагалища и матки без сочетания и в сочетании со стрессовым недержанием мочи, без нарушения и с нарушением функции соседних органов;
- воспалительные заболевания гениталий без эффекта от лечения в стационарах 2-го уровня, осложненные воспалительные заболевания, гнойно-воспалительные tuboовариальные образования, пельвиоперитонит, перитонит, сепсис;

2.5. Экстренная гинекологическая помощь.