

Приложение № 7  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 25.01.2021 № 55-ор

**Мероприятия по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным**

1. Для организации медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и реанимационных мероприятий, в акушерских стационарах, многопрофильных и межрайонных больницах, перинатальных центрах организованы отделения анестезиологии и реанимации (палаты интенсивной терапии (далее – ПИТ)).

Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра и родильного дома определены приложением № 25 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н (далее – приказ № 1130н).

С целью оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи, дистанционного интенсивного наблюдения с применением телемедицинского консультирования (наблюдения) созданы и осуществляют деятельность: акушерский реанимационно-консультативный центр на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее–АРКЦ перинатального центра) и межрайонные акушерские реанимационно-консультативные центры (далее–МАРКЦ) на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница».

Правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения акушерского реанимационного консультативного центра перинатального центра для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи определены приложениями № 26, № 27, № 28 к приказу № 1130н и приложением № 8 к настоящему приказу.

Правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной

медицинской помощи, определены приложениями № 29, № 30, № 31 к приказу № 1130н..

2. Оказание неотложной медицинской помощи, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и с гинекологическими заболеваниями, включает:

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

стационарный этап, осуществляемый в отделениях анестезиологии и реанимации краевых государственных учреждений здравоохранения.

3. Функциями АРКЦ перинатального центра являются: оказание круглосуточной экстренной очной (выездной), заочной, включая использование телемедицинских технологий, консультативной и лечебной помощи женщинам период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и с гинекологическими заболеваниями, нуждающимся в реанимации и/или интенсивной терапии, включая дистанционное динамическое наблюдение (мониторинг) за состоянием здоровья пациентов, в отношении которых проводились консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий, с оценкой исполнения выданных рекомендаций.

3.1. Мониторинг женщин с угрожающими жизни заболеваниями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового и послеабортного периодов осуществляется в случаях выявления: пре- и эклампсии; HELLP-синдрома; острого жирового гепатоза беременных; предлежания плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности; преждевременной отслойки плаценты с кровопотерей более 1000 мл; рубца на матке с клиническими или инструментальными проявлениями несостоятельности; тяжелой рвоты беременных; внематочной беременности с кровопотерей более 1000 мл; шеечной, брюшной беременности, беременности в рубце; послеродовой или послеабортной кровопотери более 1000 мл., геморрагического шока, ДВС-синдрома; интраоперационных осложнений, связанных с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1500 мл); послеродового (послеоперационного) метроэндометрита; послеоперационного (послеродового) перитонита; послеродового сепсиса; сепсиса во время беременности любой этиологии; осложнений анестезии, трансфузионных осложнений; гипертонической болезни II-III степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт. ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт. ст.; пороков сердца с нарушением

кровообращения I степени и выше, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации; острого коронарного синдрома; миокардиодистрофии, кардиомиопатии с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения; тяжелого пиелонефрита с нарушением пассажа мочи, карбункулом, апостематозом почек, пиелонефритом единственной почки; бронхиальной астмы тяжелой степени, гормонозависимой; пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности, требующей респираторной поддержки; других заболеваний легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности, пневмоторакса, гидроторакса, гемоторакса; сахарного диабета в стадии декомпенсации и склонностью к кетоацидозу; тяжелой анемии любого генеза; тромбоцитопении любого происхождения; острого нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелой формы эпилепсии; комы любой этиологии; судорожного синдрома; миастении; требующих срочного хирургического вмешательства у беременных и родильниц.

3.2. К состояниям, заболеваниям, синдромам или симптомам, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и с гинекологическими заболеваниями относятся: остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация); нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS); острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; 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; апное (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 (любой этиологии), 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.

4. Регламент взаимодействия сотрудников медицинских организаций при оказании медицинской помощи при возникновении клинических ситуаций, угрожающих жизни и/или требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным указанным в пункте 3.1 и 3.2.

4.1. На уровне фельдшерско-акушерского пункта (далее – ФАП), участковой больницы (далее – УБ), врачебной амбулатории (далее – ВА), участка общей врачебной практики (далее – ОВП) медицинский работник в экстренном порядке сообщает дежурному администратору районной (городской) больницы (далее – РБ, ГБ) о сложившейся ситуации, вызывает бригаду скорой медицинской помощи (далее – СМП) и информирует администрацию ФАПа, УБ, ВА, ОВП.

5. Дежурный администратор РБ (ГБ): организует консультативную помощь медицинскому работнику ФАПа, УБ, ВА, ОВП, оказывающему первую медицинскую помощь беременной женщине, роженице, родильнице, женщине после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием, с привлечением акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов до прибытия бригады СМП на ФАП УБ, ВА, ОВП; осуществляет подготовку подразделений учреждения здравоохранения к приему больной и оказанию медицинской помощи и информирует администрацию РБ (ГБ) о сложившейся ситуации.

6. При поступлении беременной женщины, роженицы, родильницы, женщины после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием в РБ, ГБ после оценки тяжести состояния и установления предварительного диагноза, врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог оказывает ей медицинскую помощь в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу.

Врач акушер-гинеколог и врач анестезиолог-реаниматолог РБ, ГБ, оказывающие медицинскую помощь, оформляют медицинские документы в установленном порядке.

Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог РБ, ГБ консультирует беременную женщину, роженицу, родильницу, женщину после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием с состоянием, требующим проведения мероприятий, в том числе по реанимации и интенсивной терапии (согласно п.3.1 и 3.2), со старшим врачом акушером-гинекологом и/или со старшим врачом анестезиологом-реаниматологом МАРКЦ и/или АРКЦ перинатального центра, а в их отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) с дежурным врачом акушером-гинекологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом МАРКЦ и/или АРКЦ перинатального центра (далее-дежурный врач МАРКЦ и/или АРКЦ перинатального центра).

Старший врач акушер-гинеколог или старший врач анестезиолог-реаниматолог или дежурный врач МАРКЦ информирует заведующего МАРКЦ о поступившем сообщении и согласовывает с ним принятое тактическое решение.

Заведующий (дежурный врач) МАРКЦ предоставляет информацию о поступившем сообщении и согласовывает принятое тактическое решение со специалистами АРКЦ перинатального центра.

7. Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада МАРКЦ или АРКЦ перинатального центра направляется в краевое государственное учреждение здравоохранения, где находится беременная женщина, роженица, родильница, женщина после прерывания беременности (аборта) или с гинекологическим заболеванием с состоянием, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи и/или медицинской эвакуации в специализированные отделения учреждений здравоохранения в соответствии с приложением № 8.

8. МАРКЦ направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, женщинам после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями, находящимся на лечении в краевых государственных учреждениях здравоохранения соответствующей группы районов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для медицинской эвакуации данной категории пациентов (с учетом тяжести состояния) в отделения анестезиологии и реаниматологии краевых государственных учреждений здравоохранения, в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение пациентов:

8.1. МАРКЦ краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Канская межрайонная больница» – в соответствующее структурное отделение межрайонного центра, перинатального центра или специализированные отделения учреждений здравоохранения: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»;

8.2. МАРКЦ краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевого государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», – в соответствующее структурное отделение межрайонной больницы.

В дальнейшем медицинскую эвакуацию данной категории пациенток осуществляет АРКЦ в соответствующее структурное отделение перинатального центра и/или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

9 Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада АРКЦ направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, женщинам после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями с состояниями, требующими проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, находящимся на лечении в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для медицинской эвакуации пациентов в перинатальный центр или специализированные отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница».

10. Специалисты МАРКЦ или АРКЦ перинатального центра, осуществляющие срочный (неотложный) выезд в краевое государственное учреждение здравоохранения, проводят подготовку к выезду в течение не более 1 часа.

Перевод беременных женщин, рожениц, родильниц, женщин после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в продолжении реанимационных мероприятий и/или интенсивной терапии, из краевых государственных учреждений здравоохранения, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную медицинскую помощь и госпитализацию, в соответствующие структурные отделения перинатального центра или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или специализированные учреждения здравоохранения: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского», осуществляется после предварительного согласования с заведующим АРКЦ перинатального центра или МАРКЦ, заместителем главного врача по акушерству и гинекологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», с заместителем главного врача по лечебной работе

и/или хирургии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», администрацией специализированных учреждений здравоохранения.

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» информирует о переводе и госпитализации беременных женщин, рожениц, родильниц, женщин после прерывания беременности (аборта) с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в продолжении реанимационных мероприятий и/или интенсивной терапии, из краевых государственных учреждений здравоохранения в соответствующее структурное отделение перинатального центра или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» или в специализированные учреждения здравоохранения консультанта отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

11. Медицинская эвакуация пациентов из отдаленного (более 200 км.) или транспортно недоступного краевого государственного учреждения здравоохранения осуществляется с использованием специализированной (санитарно-авиационной) службы краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» воздушным транспортом.

Медицинская эвакуация пациентов из учреждений здравоохранения, расположенных менее 200 км от учреждения здравоохранения, куда госпитализируется пациентка, осуществляется наземным транспортом (реанимобилем) МАРКЦ или АРКЦ перинатального центра с учетом состояния пациентки и метеоусловий.

12. Взаимодействие медицинских организаций края по ведению мониторинга критических акушерских состояний.

12.1. В случае выявления состояний, заболеваний, синдромов, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов, после родов и после прерывания беременности (аборта) указанные:

в пункте 3.2. настоящего приложения, специалист учреждения здравоохранения (где находится пациентка) оформляет извещение о критическом акушерском состоянии (далее- извещение о КАС) по форме приложения № 1 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным и направляет в АРКЦ перинатального центра, специалист которого вносит извещение о КАС в регистр критических акушерских состояний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России (далее-ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»);

в пункте 3.1. и 3.2 специалист АРКЦ перинатального центра информирует министерство здравоохранения Красноярского края по форме согласно пункту 13 приложения № 8 к настоящему приказу.

12.2 В случае развития у женщины в период беременности, родов, в послеродовой период и после прерывания беременности (аборта) следующих КАС:

остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация);  
эклампсия;

желтуха при преэклампсии, острая жировая дистрофия печени;  
тромботическая микроангиопатия;

HELLP-синдром, акушерский, атипичный, гемолитико-уремический синдром (АГУС), тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП), антифосфолипидный синдром (АФС);

геморрагический, анафилактический, кардиогенный шок,  
резистентный к проводимой терапии;

острый респираторный дистресс-синдром взрослого;  
отек легких (любая этиология);

массивная кровопотеря и/или продолжающееся кровотечение;

сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;

массивная тромбоэмболия легочной артерии;

декомпенсация соматической патологии (любая);

другие состояния, угрожающие жизни беременной, роженицы и родильницы, определяемые специалистами АРКЦ перинатального центра

организуется телемедицинская консультация со специалистами ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова». Телемедицинскую консультацию организует специалист АРКЦ перинатального центра.

12.3. При необходимости консультации врачей специалистов по профилю основного заболевания, обуславливающего тяжесть состояния, специалисты ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова» обеспечивают телемедицинскую консультацию соответствующего национального медицинского исследовательского центра.

12.4. Врач АРКЦ перинатального центра оформляет заявку на проведение телемедицинской консультации в установленном порядке через ФГБУ ВЦМК «Защита» ФМБА России.

12.5. Мониторинг пациенток с КАС осуществляется специалистами ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»

Для проведения мониторинга специалист АРКЦ перинатального центра ежедневно актуализирует персонифицированную информацию о состоянии здоровья женщин, находящихся на мониторинге, согласно приложению № 1 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным.

12.6. В случае повторного перевода в отделение анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии пациентки, состоявшей



на дистанционном мониторинге с КАС, информация о женщине заносится в регистр КАС ежедневно, до момента прекращения дистанционного мониторинга ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова» Минздрава России.

12.7. Дистанционный мониторинг пациентки с КАС в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. В.И. Кулакова» проводится при крайне тяжелом и тяжелом состоянии, а также при отсутствии положительной динамики. Прекращается мониторинг при переводе пациентки из отделения реанимации и интенсивной терапии в профильное отделение или летальном исходе.

В случае материнской смерти, медицинская организация по месту события незамедлительно предоставляет информацию в министерство здравоохранения Красноярского края и в АРКЦ перинатального центра, специалист которого в течении 24 часов направляет информацию в регистр КАС по форме согласно приложению № 1 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным.

12.8. Форма отчета о случаях КАС в учреждениях здравоохранения формируется автоматически согласно приложению № 2 к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным и ежедневно направляется специалистом АРКЦ в министерство здравоохранения Красноярского края.

13. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов, женщинам после прерывания беременности (аборта), женщинам с гинекологическими заболеваниями в отделении анестезиологии и реанимации осуществляется в соответствии с клиническими протоколами и стандартами медицинской помощи.

14. 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.

15. После выписки женщины, перенесшей в период беременности, родов, после родов и после прерывания беременности КАС организуется в течении 1 года их катamnестическое наблюдение в женских консультациях городских больниц, межрайонных центров и межрайонных родильных домов с привлечением специалистов по профилю заболевания поликлиник, консультативно-диагностических отделений межрайонных больниц.

16. По каждому КАС в течении 3 рабочих дней (от момента выявления случая) в учреждении здравоохранения проводится служебная проверка, материалы которой (копии медицинских документов, приказ о проведении проверки, акт проверки, приказ (информация) о принятых мерах, направленных на устранение и предупреждение нарушений) направляются не позднее 5 рабочих дней в организационно-методический

отдел краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» по защищенному каналу VipNet и на бумажных носителях в установленном порядке.

17. Специалисты краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» проводят анализ оказания медицинской помощи на соответствие с Порядками и стандартами оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология, клиническими протоколами Министерства здравоохранения Российской Федерации и ежеквартально предоставляют анализ до 15 числа следующего месяца консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение №1  
к Мероприятиям  
по организации оказания  
неотложной медицинской помощи  
женщинам в период беременности,  
родов, послеродовой период, после  
прерывания беременности (аборта)  
и гинекологическим больным

**Извещение о критическом акушерском состоянии (КАС) / случае  
материнской смерти.**

1. Основания для внесения в регистр КАС (приложение №2): \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
3. Дата рождения: \_\_\_\_\_
4. СНИЛС, полис ОМС: \_\_\_\_\_
5. Наименование и уровень МО, где выявлено КАС: \_\_\_\_\_
6. Дата и время начала оказания помощи при выявлении КАС: \_\_\_\_\_
7. Дата и время передачи информации в региональный АДКЦ: \_\_\_\_\_
8. Дата и время выезда выездной бригады скорой медицинской помощи  
анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи  
(выездной бригады): \_\_\_\_\_
9. Дата и время прибытия выездной бригады: \_\_\_\_\_
10. Оказанная выездной бригадой медицинская помощь: стабилизация состояния /  
оставлена на месте / медицинская эвакуация / родоразрешение / гистерэктомия /  
интубация, с продленной ИВЛ.
11. Наименование и уровень МО, в котором находится пациентка: \_\_\_\_\_
12. № истории родов/болезни: \_\_\_\_\_
13. Дата и время госпитализации: \_\_\_\_\_
14. Диагноз при поступлении: \_\_\_\_\_
15. Жалобы на момент передачи информации: \_\_\_\_\_
16. Состояние пациентки на момент передачи информации: удовлетворительное /  
средней степени / тяжёлое \_\_\_\_\_
17. Динамика состояния: улучшение / стабильное / ухудшение \_\_\_\_\_
18. Перенесенные хронические заболевания (МКБ-10): \_\_\_\_\_
19. Клинические данные на момент передачи информации: \_\_\_\_\_

Сознание: баллов по шкале Глазго (Психика: баллов по шкале RASS) АД	Пульс	Температу ра	ЧД/ параметры)	Сатурация (мин.- макс. за 60 мин)	Диурез (мл/ч)

20. Лабораторные данные:

Показатель	Дата: Время:	Результат	Показатель	Дата: Время:	Результат
Общий анализ крови			Общий анализ мочи		
Гемоглобин			Белок		
Лейкоциты			Лейкоциты		

Тромбоциты			Гиалиновые цилиндры		
Гемолиз (+/-)			Кетоновые тела		
Коагулограмма			Суточная протеинурия		
АЧТВ					
МНО			Б/химический анализ крови		
ПТИ			Общий белок		
Фибриноген			Глюкоза		
Д-димер			Билирубин		
			Креатинин		
раО2/FiO2			Мочевина		
рН крови			АСТ		
			АЛТ		
HBsAg			ЛДГ		
HCV			Лактат		
ВИЧ			СРБ		
COVID-19			Кетоновые тела		

21. Исход беременности:

Роды / прерывание беременности: дата, время, срок гестации	Операции: ASA, дата, время начала и окончания	Ребенок: масса / рост / Апгар	Общая кровопотеря
--	---	-------------------------------	-------------------

22. Диагноз (основной, сопутствующий, осложнения) на момент извещения (МКБ-10):

23. Мероприятия, проводимые на данном этапе:

Эфферентные методы лечения: гемодиализ / гемосорбция / плазмаферез / плазмообмен;

Респираторная поддержка:

неинвазивная \_\_\_\_\_ (дата и время начала) \_\_\_\_\_ (дата и время окончания)

инвазивная \_\_\_\_\_ (дата и время начала) \_\_\_\_\_ (дата и время окончания)

ЭКМО \_\_\_\_\_ (дата и время начала) \_\_\_\_\_ (дата и время окончания)

Лекарственный препарат	Доза	Дата / время
вазопрессорные препараты да/нет		
инотропные препараты да/нет		
компоненты крови да/нет		

24. На момент передачи информации в регистр К АС пациентка находится в отделении реанимации и интенсивной терапии / операционной / родовом отделении / профильном отделении / проводится медицинская эвакуация / выписана из МО / смерть

Пациентка:

-не нуждается в проведении телемедицинской консультации с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

-врачом АДКЦ подан запрос на проведение телемедицинской консультации с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ в экстренном / неотложном / плановом порядке проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ (дата консультации) \_\_\_\_\_.

25. Дата, время заполнения \_\_\_\_\_

26. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача АДКЦ \_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к Мероприятиям по организации оказания неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, после прерывания беременности (аборта) и гинекологическим больным

### Форма отчета о случаях критического состояния в акушерстве в медицинских организациях Красноярского края\*

Наименование субъекта Российской Федерации \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Время \_\_\_\_\_

№ п/п	ФИО, год рождения	МО, в которой начато оказание медицинской помощи (уровень МО)	Дата и время начала оказания помощи	Дата и время передачи информации в региональный АКДЦ	Чем обусловлена тяжесть состояния	Дата и время выезда выездной бригады	Дата и время прибытия выездной бригады	Объем оказанной помощи специализированными выездными бригадами	Дата и время доставки на 3-й уровень	Состояние (исход) на текущий момент	Необходимость телемедицинской консультации	Дата снятия с дистанционного мониторинга

\*формируется автоматически в информационной системе Регистра критических акушерских состояний

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

**Мероприятия по организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи женщинам в акушерском реанимационно-консультативном центре краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»**

1. Работа акушерского реанимационно-консультативного центра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (далее - АРКЦ, перинатальный центр) по оказанию круглосуточной экстренной очной (выездной), заочной, в том числе с использованием телемедицинских технологий, консультативной и лечебной помощи женщинам группы высокого риска в период беременности, родов, после родов, женщинам после прерывания беременности (аборта) и женщинам с гинекологическими заболеваниями, поступившим в краевые государственные учреждения здравоохранения (далее-учреждения здравоохранения) и нуждающимся в реанимации и/или интенсивной терапии.

1.1. АРКЦ организуется для оказания круглосуточной экстренной, заочной, в том числе с использованием телемедицинских технологий, и очной консультативной и лечебной помощи женщинам в период беременности, родов, после родов 0-42 дня (далее-после родов), женщинам после прерывания беременности (аборта) 0-42 дня (далее-женщины после прерывания беременности (аборта)), женщинам с гинекологическими заболеваниями с состояниями, требующими оказания интенсивной терапии и реанимационной медицинской помощи, и обеспечивает круглосуточное присутствие бригады в перинатальном центре в составе: врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра – анестезистка, водитель.

1.2. Врач учреждения здравоохранения обязан обратиться в АРКЦ перинатального центра при выявлении у женщин в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями признаков синдромов и заболеваний согласно п. 3.1 и 3.2 приложения № 7 к настоящему приказу.

1.3. Поступившее сообщение в АРКЦ регистрируется в журнале регистрации обращений согласно п.12 настоящего приложения.

1.4. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ, в их отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) – дежурный врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ (далее – дежурный врач АРКЦ) на основании полученной информации, заполняет формализованную

историю болезни (далее - ФИБ), предоставляет необходимую консультацию или организует проведение консультации соответствующим профильным специалистом и совместно принимает одно из тактических решений: срочный (неотложный) выезд в учреждение здравоохранения; проведение дистанционного интенсивного наблюдения за ведением и лечением женщины, нуждающейся в реанимации и интенсивной терапии.

1.5. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ (дежурный врач АРКЦ) предоставляют информацию о поступившем сообщении в АРКЦ и согласовывают принятое тактическое решение с заведующим АРКЦ.

1.6. Заведующий АРКЦ предоставляет информацию о поступившем сообщении в АРКЦ и согласовывает принятое тактическое решение с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

1.7. В случае сложной диагностики и/или решения вопроса о целесообразности транспортировки женщин в период беременности, родов, в послеродовом периоде и женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение с главным внештатным специалистом по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края.

2. Организация срочного (неотложного) выезда в учреждение здравоохранения.

2.1. Решение о срочном (неотложном) выезде в учреждение здравоохранения принимается совместно старшим врачом акушером-гинекологом и старшим врачом анестезиологом-реаниматологом или дежурным врачом АРКЦ.

2.2. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ согласовывают решение о срочном (неотложном выезде) с заведующим АРКЦ.

2.3. Заведующий АРКЦ определяет состав бригады, осуществляющей выезд, и согласовывает решение о срочном (неотложном выезде) с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

2.4. Руководитель (ответственный дежурный врач) учреждения здравоохранения, где находится женщина в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта) или женщина с гинекологическим заболеванием с состояниями, требующими оказания интенсивной терапии и реанимационной медицинской помощи, информируется старшим врачом акушером-гинекологом и/или старшим врачом анестезиологом-реаниматологом (дежурным врачом) АРКЦ о принятом решении: срочном (неотложном) выезде и рекомендациях по тактике ведения пациентки, проведении лабораторно-диагностического обследования и лечения на период организации выезда.

2.5. Выезд бригады АРКЦ перинатального центра наземным транспортом (реанимобилем) перинатального центра осуществляется в учреждения здравоохранения, расположенные менее 200 км от учреждения

здравоохранения, куда госпитализируется пациентка, и при наличии хорошей транспортной инфраструктуры (дороги).

2.6. В случае необходимости транспортировки пациентов из отдаленного (более 200 км.) или транспортно недоступного учреждения здравоохранения с использованием специализированной (санитарно-авиационной) службы краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» воздушным транспортом старший врач акушер-гинеколог или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ, незамедлительно направляет в отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» (далее-ЭПКМП ККБ) заявку, включающую: фамилию, имя, отчество, возраст, адрес проживания пациентки, диагноз, цель выезда; учреждение здравоохранения, в которое осуществляется срочный (неотложный) выезд; фамилию, имя, отчество врачей, проводивших консультацию и принявших решение о срочном (неотложном) выезде; фамилию, имя, отчество врачей, осуществляющих срочный (неотложный) выезд в учреждение здравоохранения.

Поступившее сообщение в отделение ЭПКМП ККБ регистрируется в журнале отделения ЭПКМП «Журнал дежурного диспетчера отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи».

2.7. Заведующий отделением ЭПКМП ККБ проводит мероприятия по подготовке условий выезда в соответствии с действующим порядком.

2.8. Диспетчер отделения ЭПКМП ККБ сообщает в учреждение здравоохранения сведения об условиях срочного (неотложного) выезда: наземный или воздушный транспорт, дату и час выезда, состав бригады.

3. Организация экстренной медицинской эвакуации и госпитализации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями из учреждений здравоохранения в соответствующие отделения перинатального центра, краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», специализированные учреждения здравоохранения.

3.1. Решение о медицинской эвакуации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения принимается врачом акушером-гинекологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом (дежурным врачом) АРКЦ, осуществляющими срочный (неотложный) выезд.

3.2. Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ, осуществляющие срочный (неотложный) выезд, предоставляют информацию и согласовывают решение о медицинской эвакуации женщины с заведующим АРКЦ.



3.3. Заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение о медицинской эвакуации женщины с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

3.4. В случае сложной диагностики и/или решения вопроса о целесообразности медицинской эвакуации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, находящихся в учреждении здравоохранения и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение о транспортировке женщины с главным внештатным специалистом по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края.

3.5. Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ, осуществляющий срочный (неотложный) выезд и принявший решение о медицинской эвакуации пациентки, предоставляет заведующему отделением ЭПКМП ККБ информацию: сведения о пациентке (фамилия, имя, отчество, возраст, адрес проживания, диагноз, проводимое лечение, состояние женщины на момент транспортировки, указание способа транспортировки); учреждение здравоохранения, из которого осуществляется медицинская эвакуация пациентки; фамилию, имя, отчество врачей (врача), принявших решение о медицинской эвакуации пациентки из учреждения здравоохранения; учреждение здравоохранения, в которое осуществляется госпитализация пациентки; наличие или отсутствие транспортных средств (наземный или воздушный транспорт), необходимых для осуществления медицинской эвакуации пациентки.

3.6. Госпитализация женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее структурное подразделение перинатального центра осуществляется согласно перечню синдромов и заболеваний согласно пункту 6 настоящего приложения.

3.7. Госпитализация женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» осуществляется согласно перечню синдромов и заболеваний согласно пункту 7 настоящего приложения.

3.8. Заведующий АРКЦ согласовывает госпитализацию женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее отделение перинатального центра с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра; в соответствующее отделение краевого государственного

бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» -с заместителем главного врача по хирургии.

3.9. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра информирует о принятом решении о госпитализации женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из учреждений здравоохранения в соответствующее отделение перинатального центра или краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» консультанта отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главного внештатного специалиста по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края.

4. Дистанционное интенсивное наблюдение за состоянием женщин в период беременности, родов, после родов и женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями с состояниями, нуждающимися в интенсивной терапии и реанимации, находящихся в учреждениях здравоохранения.

4.1. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ, принявший решение о проведении дистанционного интенсивного наблюдения за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, на основании полученной информации заполняет ФИБ и дает необходимые рекомендации по тактике ведения, лечения, проведения лабораторных и инструментальных методов исследования, периодичности консультирования, определяет показания и срок перевода на следующий этап лечения или организует проведение консультации соответствующим профильным и/или смежным специалистом.

4.2. Каждый случай обращения в АРКЦ регистрируется в журнале регистрации обращений согласно п.12 настоящего приложения.

4.3. При каждой последующей консультации врач АРКЦ вносит данные в ФИБ.

4.4. В случае необходимости перевода пациентки на следующий этап лечения, старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ определяют учреждение здравоохранения, профиль отделения, условия транспортировки наземным или воздушным транспортом, передают сведения в ЭПКМП ККБ (при необходимости транспортировки санитарной авиацией) и согласовывают с руководителями учреждений здравоохранения перевод и госпитализацию пациентки.

4.5. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог (дежурный врач) АРКЦ предоставляют информацию и согласовывают принятое решение о проведении дистанционного интенсивного наблюдения за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, с заведующим АРКЦ.

4.6. Заведующий АРКЦ согласовывает принятое решение о проведении дистанционного интенсивного наблюдения за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, с заместителем главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра.

4.7. Руководители учреждений родовспоможения, межрайонных родильных домов и межрайонных больниц предоставляют информацию о состоянии женщин в период беременности, родов, после родов, женщин после прерывания беременности (аборта) и женщин с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии и находящихся в учреждениях здравоохранения консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

4.8. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра ежедневно предоставляет консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края, информацию о женщинах, состоящих на интенсивном дистанционном наблюдении в АРКЦ.

4.9. Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра ежемесячно предоставляет консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, информацию о женщинах, состоящих на интенсивном дистанционном наблюдении в АРКЦ.

#### 5. Организационно-методическая работа АРКЦ:

Специалисты АРКЦ проводят организационно-методическую работу, включающую:

5.1. выявление и мониторинг дефектов оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов, женщинам после прерывания беременности (аборта) и женщинам с гинекологическими заболеваниями, состоявшим под наблюдением специалистов АРКЦ, с ежемесячным предоставлением анализа консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации министерства здравоохранения Красноярского края;

5.2. внесение предложений по внедрению новых, современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнской смертности, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

5.3. участие в проведении семинаров, конференций, совещаний по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

6. Госпитализация женщин в период беременности, родов и после родов, находящихся в медицинских учреждениях здравоохранения, в перинатальный центр осуществляется при наличии следующих синдромов и заболеваний:

№	Синдромы и заболевания
1	острая сердечно-сосудистая недостаточность (за исключением пороков сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации)
2	острая дыхательная недостаточность (за исключением бактериально-вирусной пневмонии, бронхиальной астмы тяжелой степени, гормонозависимой)
3	острая печеночная недостаточность (за исключением цирроза печени, опухоли)
4	острая церебральная недостаточность (за исключением недостаточности органической этиологии - травмы, инфекции, опухоли, острого нарушения мозгового кровотока)
5	преэклампсия тяжелая, эклампсия
6	атипичные формы тяжелой преэклампсии (HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени)
7.	предлежание плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности
8.	массивные акушерские кровотечения 1500 мл. и более (обусловленные в том числе: предлежанием плаценты; преждевременной отслойкой плаценты; внематочной беременностью; шейечно-перешеечной беременностью; осложнениями интраоперационными и после прерывания беременности; гипотонией (атонией) матки; акушерским травматизмом матери, нарушением свертываемости крови) в период беременности, родов, после родов, в послеоперационном периоде и при прерывании беременности (аборта) после проведения оперативного лечения и стабилизации состояния больной
9	осложнения, связанные с проведением анестезии в период беременности, родов, после родов
10	рубец на матке с признаками несостоятельности с 22 недель беременности
11	трансфузионные нарушения
12	тяжелая постгеморрагическая анемия (исключая злокачественные заболевания крови, осложнения химиотерапии)
13	тромбоцитопения, обусловленная акушерскими состояниями, (исключая злокачественные заболевания крови, осложнения химиотерапии)
14	состояния, угрожаемые по материнскому травматизму
15	метаболические заболевания плода, требующие лечения сразу после рождения
16	врожденные пороки развития, требующие немедленной постнатальной помощи

7. Перечень синдромов и заболеваний, при наличии признаков которых, женщины в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта), с гинекологическими заболеваниями госпитализируются в профильное отделение краевого государственного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»

№	Синдромы и заболевания
1	острая сердечно-сосудистая недостаточность (включая пороки сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации)
2	острая дыхательная недостаточность (в том числе обусловленная пневмонией бактериально-вирусной этиологии, бронхиальной астмой тяжелой степени, гормонозависимой)
3	острая почечная недостаточность
4	острая печеночная недостаточность (в т.ч. цирроз печени, опухоли)
5	острая церебральная недостаточность (включая недостаточность органической этиологии-травма, опухоли, острое нарушение мозгового кровообращения)
6	ожоговая болезнь
7	острая эндокринная недостаточность
8	острая хирургическая патология желудочно-кишечного тракта с гнойно-септическими осложнениями (перитонит, сепсис, септический шок)
9	интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов (после хирургического восстановления целостности органа и стабилизации состояния больной) жительница края*
10	гнойно-септические инфекции (включая эндометрит после кесарева сечения, перитонит, сепсис, септический шок)
11	беременные, роженицы, родильницы с тяжелой экстрагенитальной патологией, в том числе:
11.1	пороки сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации
11.2	миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушением ритма или недостаточностью кровообращения
11.3	тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул почки, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки, гломерулонефрит,
11.4	бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая
11.5	системные заболевания соединительной ткани (системные васкулиты, системная красная волчанка и системная склеродермия) жительницы края*
11.6	сахарный диабет с труднокорректируемым уровнем сахара в крови и склонность к кетоацидозу
11.7	острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг, тяжелая форма эпилепсии, миастения
11.8	тяжелые травматические поражения во время беременности, родов и после родов

12	гинекологические заболевания с осложненным течением, требующим реанимации и/или интенсивной терапии, в сочетании с тяжелой соматической патологией женщины*
----	---

\*жительницы города Красноярск - в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»

### 8.Карта консультации

с реанимационно-консультативным центром (ФИБ) женщин в период беременности, родов, после родов и после прерывания беременности (аборта)  
(заполняется и передается в АРКЦ при каждом обращении за консультацией)

Дата \_\_\_\_\_ время обращения \_\_\_\_\_

учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. больной \_\_\_\_\_

возраст больной \_\_\_\_\_ срок беременности \_\_\_\_\_

Общие заболевания \_\_\_\_\_

Здоровье мужа \_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания \_\_\_\_\_

Течение настоящей беременности: \_\_\_\_\_

I половина \_\_\_\_\_

II половина \_\_\_\_\_

Предыдущие беременности, исход \_\_\_\_\_

Срок беременности: \_\_\_\_\_

по первой явке \_\_\_\_\_ по менструации \_\_\_\_\_ по УЗИ \_\_\_\_\_

Объективные данные: \_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_

кожа \_\_\_\_\_ температура \_\_\_\_\_ сознание \_\_\_\_\_

сердечные тоны \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ пульс \_\_\_\_\_

органы дыхания \_\_\_\_\_

органы пищеварения \_\_\_\_\_

мочевая система (симптом XII ребра) \_\_\_\_\_

отеки \_\_\_\_\_ диурез \_\_\_\_\_

Акушерский статус \_\_\_\_\_ ОЖД \_\_\_\_\_ ВДМ \_\_\_\_\_ ПМП \_\_\_\_\_ Размеры таза \_\_\_\_\_

положение плода \_\_\_\_\_ предлежание плода \_\_\_\_\_

сердечные тоны плода \_\_\_\_\_

Вагинальный статус \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

Данные УЗИ \_\_\_\_\_

Диагноз основной \_\_\_\_\_

---

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

оценка пренатальных факторов риска, сумма баллов \_\_\_\_\_ степень риска \_\_\_\_\_

План ведения беременной, родов: (вводный эпикриз I, II, III триместр беременности, этапный эпикриз в 30 и 36 недель) \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Ф.И.О. консультанта \_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

9. Карта консультации  
с реанимационно-консультативным центром (ФИБ) женщин с гинекологическими  
заболеваниями, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии

Дата \_\_\_\_\_ время обращения \_\_\_\_\_

учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. больной \_\_\_\_\_

возраст больной \_\_\_\_\_

Общие заболевания \_\_\_\_\_

Здоровье мужа \_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания \_\_\_\_\_

Объективные данные.

Жалобы: \_\_\_\_\_

кожа \_\_\_\_\_ температура \_\_\_\_\_ сознание \_\_\_\_\_

сердечные тоны \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ пульс \_\_\_\_\_

органы дыхания \_\_\_\_\_

органы пищеварения \_\_\_\_\_

мочевая система (симптом XII ребра) \_\_\_\_\_

отеки \_\_\_\_\_ диурез \_\_\_\_\_

Вагинальный статус \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

Данные УЗИ \_\_\_\_\_

Диагноз основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

План ведения пациентки \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Консультанта \_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

## 10. ФИБ реанимационного больного

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_  
 Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
 Учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
 Диагноз \_\_\_\_\_

Дата и время поступления \_\_\_\_\_  
 Исход: \_\_\_\_\_

Больная осмотрена \_\_\_\_\_  
 Кожные покровы \_\_\_\_\_ цвет \_\_\_\_\_ влажность \_\_\_\_\_ температура \_\_\_\_\_ сыпь \_\_\_\_\_

Гематомы \_\_\_\_\_ Отеки \_\_\_\_\_  
 Особенности \_\_\_\_\_

ЦНС Седация (какие препараты применялись?, время последнего введения?, проводится или нет в данный момент?) \_\_\_\_\_

### Оценка степени угнетения сознания по шкале Глазго

Балл	Глаза открываются	Словесный ответ / в т.ч. если больной на ИВЛ	Двигательная активность
1	Не реагирует на раздражители	Не реагирует	Нет ответа
2	В ответ на боль	Нечленораздельные звуки	Децеребрационная ригидность
3	В ответ на обращение	Отдельные слова / сомнительно	Декортикационная ригидность
4	Спонтанно	Дезориентирован, отвечает на вопросы	Сохранены сгибательные рефлексы
5		Ориентирован и отвечает / кажется способным отвечать	Локализует боль
6			Выполняет команды

Сумма баллов = \_\_\_\_\_

Соответствие характеристик состояния сознания по шкале Глазго традиционным терминам  
 Ясное сознание – 15 баллов. Оглушение – 14-13 баллов.. Сопор – 12-9 баллов

Кома (умеренная, глубокая) – 8-4 баллов. Кома (запредельная) – 3 балла.

Зрачки D S \_\_\_\_\_ мм.

Менингеальные симптомы \_\_\_\_\_

### ОЦЕНКА ДИНАМИКИ И ТЯЖЕСТИ ОРГАНЫХ РАССТРОЙСТВ Шкала SOFA

Оценка	Показатель	1	2	3	4
Оксигенация	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	< 400	< 300	< 200	< 100
Коагуляция	Тромбоциты x 10 <sup>9</sup> /л	< 150	< 100	< 50	< 20
Печень	Билирубин мкмоль/л	20 – 32	33-101	102-204	> 204
Сердечно-сосудистая система	Степень инотропной и вазоактивной поддержки	САД < 70	Дофамин ≤ 5мкг/кг/мин или добутамин (любая доза)	Дофамин > 5 или адреналин / норадреналин ≤ 0,1	Дофамин > 5 или адреналин / норадреналин > 0,1
ЦНС	Показатель по шкале Глазго	13 – 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Почки	Креатинин (мкмоль/л) или олигурия	110 - 170	171 - 299	300 – 400 или < 500 мл/сут	> 440 или < 220 мл/сут

Сумма баллов \_\_\_\_\_



Респираторный статус.

	На месте	Перед выездом	В пути	Поступление в ОРИТ
Аппарат ИВЛ				
Респ поддержка				
FiO2, %				
частота дыхания				
Pip, PEEP				
Ti (сек.)				
SaO2 (%)				
Compliance				
Resistance				
pO2, мм.рт.ст.				
pCO2, мм.рт.ст.				
pH				
BE				
HCO3				

Аускультативная картина \_\_\_\_\_, осложнения: \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистая система

	На месте	Перед выездом	В пути	Поступление в ОРИТ
Внутривенная инфузия:				
раствор				
скорость инфузии				
Вазопрессоры (доза)				
Дополн болюс				
седация				
Мониторинг				
ЧСС (уд/мин)				
АД (мм.рт.ст.)				
Температура тела (°C)				

Осложнения: \_\_\_\_\_

Почки: диурез - объем за последние сутки (если прошло меньше суток, то с момента поступления) \_\_\_\_\_ мл/сутки Диурез на момент осмотра \_\_\_\_\_ мл/час

Какие препараты применялись для лечения \_\_\_\_\_

Цвет \_\_\_\_\_ Удельный вес мочи \_\_\_\_\_ Креатинин крови \_\_\_\_\_ мкмоль/л

Концентрация калия в плазме \_\_\_\_\_ ммоль/л Мочевина крови \_\_\_\_\_ ммоль/л

Особенности \_\_\_\_\_

Печень: пальпация \_\_\_\_\_

Альбумин сыворотки крови \_\_\_\_\_ Билирубин \_\_\_\_\_ прямой \_\_\_\_\_ не прямой \_\_\_\_\_

АсТ \_\_\_\_\_ (норма \_\_\_\_\_) АлТ \_\_\_\_\_ (норма \_\_\_\_\_) Щелочная фосфатаза \_\_\_\_\_ ПТИ \_\_\_\_\_

Особенности \_\_\_\_\_

Живот Брюшная стенка \_\_\_\_\_ Перистальтика \_\_\_\_\_

Перитонеальные симптомы \_\_\_\_\_ Дренажи \_\_\_\_\_

Особенности \_\_\_\_\_

Гемостаз : АВСК \_\_\_\_\_ ПТИ \_\_\_\_\_ Фибриноген \_\_\_\_\_ АЧТВ \_\_\_\_\_ ОФТ \_\_\_\_\_

Тромбиновое время \_\_\_\_\_ Тромбоциты \_\_\_\_\_

Особенности \_\_\_\_\_

Мочевой пузырь, матка, влагалище и др. \_\_\_\_\_

Сумма баллов: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Метод родоразрешения \_\_\_\_\_

Состояние новорожденного по шкале Апгар \_\_\_\_\_

Возможность транспортировки больной \_\_\_\_\_

Особенности, дополнения, замечания \_\_\_\_\_

Рекомендовано на месте: \_\_\_\_\_

### 11 Лист транспортировки

Расстояние (КМ) \_\_\_\_\_ Время (часы) \_\_\_\_\_

	<i>На месте</i>	<i>Перед выездом</i>	<i>В пути</i>	<i>Поступление в АРИТ</i>
<b>Аппарат ИВЛ</b>				
<b>Респир поддержка</b>				
FiO2, %				
частота дыхания				
Pip, PEEP				
Ti (сек.)				
SaO2 (%)				
Compliance				
Resistance				
pO2, мм.рт.ст.				
pCO2, мм.рт.ст.				
pH				
BE				
HCO3				
<b>Внутривен инфузия:</b>				
раствор				
скорость инфузии				
Вазопрессоры (доза)				
Дополн болюс				
седация				
<b>Мониторинг</b>				
ЧСС (уд/мин)				
АД (мм.рт.ст.)				
Температура тела (°C)				
<b>Шкала SOFA</b>				
<b>Шкала Глазго</b>				

Передана (отделение, Ф.И.О. врача) \_\_\_\_\_

Дата и время передачи больной \_\_\_\_\_

Врач анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_

12. Типовой журнал регистрации обращений  
(дистанционное интенсивное наблюдение) в АРКЦ

№ п/п	Учреждение здравоохранения края	Дата и время обращения	Дата и время снятия с наблюдения	Ф.И.О. больного	Возраст	срок гестации	Диагноз (в том числе проведение ИВЛ)	Принятое решение	Условия транспортировки (санитарная авиация, реакция, реакция, реакция, реакция)	Исход улучшения состояния, перевод, летальный исход)	Ф.И.О. консультируемого врача	Ф.И.О. консультаанта
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

13. Информация о женщинах, состоящих на дистанционном интенсивном наблюдении в АРКЦ/МАРКЦ и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№	Учреждение здравоохранения края	Ф.И.О. больной	Возраст больной	диагноз	Дата обращения в АРКЦ	Дата консультирования, вылета (выезда) специалист ами АРКЦ	Дата и наименование учреждения, куда переведен больной	Дефекты оказания медицинской помощи	Внесена в регистр критических акушерских состояний (далее-КАС), дата, отметка о продолжении наблюдения	Проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	<b>Всего</b>			X			X			

\*предоставляется заведующим МАРКЦ ежедневно заведующему АРКЦ перинатального центра

\*\*предоставляется заведующим АРКЦ перинатального центра и/или заместителем главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» ежедневно консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

14. Информация о женщинах, состоящих на дистанционном интенсивном наблюдении в АРКЦ/МАРКЦ и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии за \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

№	Учреждение здравоохранения края	Ф.И.О. больной	Возраст больной	диагноз	Количество обращений	Количество вылетов (выездов)	Дата и наименование учреждения, куда переведен больной	Дефекты оказания медицинской помощи	Внесена в регистр КАС, дата, отметка о продолжении наблюдения	Проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «НМИЦ АГП им. Кулакова»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Всего			X			X			

\*предоставляется заведующим МАРКЦ еженедельно заведующему АРКЦ перинатального центра

\*\*предоставляется заведующим АРКЦ перинатального центра и/или заместителем главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» еженедельно консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

15. Отчет\* о деятельности АРКЦ  
по дистанционному интенсивному наблюдению женщин в период  
беременности, родов, после родов (прерывания беременности)

№ п/п	Вид деятельности АРКЦ	Районы края	город Красноярск
1	Поставлено на учет пациентов всего		
2	Проведено консультаций всего		
	в том числе:		
2.1.	врачом акушером-гинекологом		
2.2.	врачом анестезиологом – реаниматологом		
3	Количество вызовов всего:		
	в том числе:		
3.1.	врачей акушеров-гинекологов		
3.2.	врачей анестезиологов – реаниматологов		
4	Количество пациенток, транспортированных бригадой АРКЦ всего:		
4.1.	в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»		
4.2.	в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»		
4.3.	в иные учреждения родовспоможения города Красноярска (указать какое)		
4.4.	в краевые учреждения здравоохранения (указать какие)		
5	Количество пациентов, транспортированных на ИВЛ всего		
6	Распределение по нозологии всех поставленных на учет		

\*предоставляется заведующим АРКЦ ежемесячно до десятого числа, следующего за отчетным, консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, главному внештатному специалисту по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

16. Отчет\* о деятельности АРКЦ  
по дистанционному интенсивному наблюдению женщин  
с гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в реанимации  
и/или интенсивной терапии

№ п/п	Вид деятельности АРКЦ	Районы края	г. Красноярск
1	Поставлено на учет пациентов всего		
2	Проведено консультаций всего		
	в том числе:		
2.1.	врачом акушером- гинекологом		
2.2.	врачом анестезиологом – реаниматологом		
3	Количество вызовов всего:		
	в том числе:		
3.1.	врачей акушеров-гинекологов		
3.2.	врачей анестезиологов – реаниматологов		
4	Количество пациенток, транспортированных бригадой АРКЦ всего		
4.1.	в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»		
4.2.	в КГБУЗ «Краевая клиническая больница»		
4.3.	в краевые учреждения здравоохранения (указать какие)		
5	Количество пациентов, транспортированных на ИВЛ всего		
6	Распределение по нозологии всех поставленных на учет		

\*предоставляется заведующим АРКЦ ежемесячно до десятого числа, следующего за отчетным, консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края.

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

**Мероприятия по оказанию медицинской помощи  
женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности,  
родов и в послеродовой период**

1. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и после родов осуществляется в соответствии с приложениями № 1-№ 12 настоящего приказа.

2. Специализированную медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным женщинам в период беременности, родов и после родов оказывает врач инфекционист, а при его отсутствии – врач другой специальности (терапевт), прошедший тематическое усовершенствование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Руководителем медицинской организации, имеющей лицензию на медицинские услуги по специальности «акушерство и гинекология» (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерство и гинекология» (искусственное прерывание беременности)» и «инфекционные болезни», независимо от форм собственности, приказом по учреждению назначается специалист, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

Ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией назначается врач инфекционист, а при его отсутствии – врач другой специальности (терапевт), прошедший тематическое усовершенствование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией формирует заявку на антиретровирусные препараты, необходимые для лечения ВИЧ-инфекции и профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в единой информационной системе льготного лекарственного обеспечения (ЕИС ЛЛО).

Контроль за наличием антиретровирусных препаратов и экспресс-тестов для диагностики ВИЧ-инфекции осуществляет заместитель руководителя учреждения здравоохранения.

**3. Обследование на ВИЧ-инфекцию беременных женщин.**

3.1. При первичном обращении женщины на прием врачом акушером-гинекологом собирается анамнез с целью выявления рисков возможного инфицирования ВИЧ-инфекцией:

наличие ВИЧ-инфекции у женщины или ее мужа (полового партнера);

наличие в анамнезе незащищенных половых контактов с необследованными партнерами;

парентеральное употребление психоактивных веществ в анамнезе или в настоящее время женщиной или ее мужем (половым партнером).

3.2. При постановке на учет по диспансерному наблюдению по беременности в этот же день в процедурном кабинете женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) беременной в обязательном порядке производится забор крови для исследования на ВИЧ-инфекцию.

Обследование на ВИЧ-инфекцию является добровольным и проводится после оформления добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.

Перед направлением на обследование на ВИЧ-инфекцию врачом акушером-гинекологом проводится предварительное консультирование женщины. При проведении дотестового консультирования обсуждаются вопросы по заболеванию ВИЧ-инфекцией, по предупреждению заражения ВИЧ-инфекцией, предполагаемые результаты тестирования.

Забор крови проводится предпочтительно с помощью вакуумных систем с последующей передачей крови с направлением в лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции по месту жительства, в межрайонные центры, в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИД».

3.3. Доставка крови для исследования в лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции и получение результатов исследования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин по коду 109 осуществляется в течение 3 суток.

При постановке на учет беременной женщины осуществляется однократное обследование мужей (половых партнеров) на ВИЧ-инфекцию ВИЧ-негативных беременных в краевых государственных учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.

Направление на исследование на ВИЧ-инфекцию оформляется разборчиво (печатными буквами), указывается Ф.И.О., паспортные данные, адрес, дата рождения пациента и код: 109 для женщины, 110 - для мужа (полового партнера) беременной женщины.

3.4. При получении у беременной первичного положительного результата тестирования на ВИЧ-инфекцию проводится послетестовое консультирование, в ходе которого женщине разъясняется необходимость повторного обследования, направленного на сохранение здоровья и снижение риска заражения ребенка ВИЧ-инфекцией.

При получении отрицательного результата исследования на ВИЧ-инфекцию врачом акушером-гинекологом проводится послетестовое консультирование беременной по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования на ВИЧ-инфекцию женщины и ее мужа (сожителя, полового партнера) записываются в медицинскую документацию беременной женщины (индивидуальная карта беременной, обменная карта).

Повторные обследования беременных женщин с отрицательным результатом первичного скрининга на ВИЧ-инфекцию проводятся в 30 +/- 2 недели; в 36 недель беременности.

Беременных женщин, имеющих эпидемиологические показания, необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию ежемесячно до срока родов.



К эпидемиологическим показаниям относят: наличие у беременной женщины ВИЧ-инфицированных партнеров; наличие у беременной женщины партнеров, принимающих психоактивные вещества; употребление женщиной психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

3.5. Молекулярно-биологическое обследование беременных на РНК ВИЧ проводится:

а) при получении сомнительных результатов тестирования на ВИЧ, полученных в арбитражном исследовании (иммунный блоттинг);

б) при получении отрицательных результатов теста на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами в случае, если беременная женщина относится к группе высокого риска по ВИЧ-инфекции (употребление наркотиков внутривенно, незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером).

3.6. В случае положительного или сомнительного результата исследования на ВИЧ-инфекцию, полученного из арбитражной лаборатории диагностики ВИЧ (иммуоблот положительный или сомнительный) проводится послетестовое консультирование и беременная женщина незамедлительно направляется к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту):

жители края – в учреждение здравоохранения по месту жительства к ответственному врачу за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту);

жители города Красноярск – в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

В случае отрицательного результата исследования на ВИЧ-инфекцию, полученного при повторном исследовании из арбитражной лаборатории диагностики ВИЧ (иммуоблот отрицательный), проводится послетестовое консультирование. Далее беременная женщина обследуется на ВИЧ-инфекцию в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете) через 2 недели, при получении отрицательного результата ИФА ВИЧ, следующее обследование проводится в 30-32 и 36 недель беременности.

3.7. Информация, полученная медицинскими работниками о положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами краевого государственного автономного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД», перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

4. Диспансерное наблюдение беременных ВИЧ-инфицированных:

4.1. При выявлении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины врачом, ответственным за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом) в тот же день пациентке оформляется направление на консультацию к врачу акушеру-гинекологу и передаются сведения о пациентке в соответствии со статьей 4 пунктом 4 Федерального

закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет) по месту жительства по защищенному каналу связи (VipNet).

В случае выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины врачом акушером-гинекологом женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) в тот же день оформляется направление на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту), и передаются сведения о пациентке в соответствии со статьей 4 пунктом 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по защищенному каналу связи (VipNet):

жители края – в поликлинику по месту жительства к ответственному врачу за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту);

жители города Красноярска – в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

4.2. Беременные женщины, с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция наблюдаются врачом акушером-гинекологом в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете) по месту жительства и иных медицинских организаций, имеющих лицензию на медицинские услуги по специальности «акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «инфекционные болезни» в соответствии с индивидуальным графиком наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией, согласно приказу МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее - приказ МЗ РФ от 20.10.2020 № 1130н), совместно с врачом, ответственным за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом).

4.3. В целях снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, для своевременного принятия решения о начале профилактического лечения антиретровирусными препаратами и определения тактики родоразрешения у ВИЧ-инфицированной беременной женщины врач, ответственный за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционист), определяет клиническую стадию ВИЧ-инфекции.

Для установления клинической стадии ВИЧ-инфекции врачом, ответственным за оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом), проводится сбор анамнеза, осмотр, дополнительное обследование пациентки согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям.

4.4. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, не получающей антиретровирусную терапию, врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ –инфекцией (инфекционисту) в ранние сроки беременности (до 12 недель).

В первый визит назначается обследование согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2018 № 796н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (обследование в целях установления диагноза и подготовки к лечению) (далее-приказ МЗ РФ № 796н) и утвержденным клиническим рекомендациям в течение 7 дней.

При втором визите врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ –инфекцией (инфекционист), проводит оценку результатов исследования.

Антиретровирусные препараты назначаются незамедлительно вне зависимости от срока беременности, после оформления информированного согласия при: получении результата вирусной нагрузки РНК ВИЧ более 100000 копий/мл; CD 4 < 350 клеток; выявлении клинических показаний (стадия 2, проявление вторичных заболеваний в стадии 4).

При получении результата вирусной нагрузки РНК ВИЧ менее 100000 копий/мл назначаются антиретровирусные препараты с 14 недель беременности. Предварительно оформляется информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии.

В период с 14 до 28 недель беременности через 2 недели после назначения антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированной беременной женщине врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом), осуществляется контроль за приемом препаратов и проводится повторное обследование согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям. По результатам обследования проводится оценка безопасности назначенной схемы антиретровирусной терапии, в случае необходимости схема вертикальной профилактики может быть скорректирована.

Выбор антиретровирусной терапии у беременных осуществляется с учетом их эффективности, безопасности для матери и плода, переносимости. Утверждение схемы и назначение противовирусного лечения осуществляется по решению врачебной комиссии с указанием показаний, наименований, дозы, выбранных по жизненно важным показаниям лекарственных средств.

Врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ–инфекцией (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов.

С целью оценки эффективности и безопасности проводимой противовирусной терапии во время беременности врач инфекционист назначает пациентке:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи;

1 раз в 3 месяца – исследование крови на иммунный статус (CD-4 клетки).

РНК ВИЧ через каждые 4 недели терапии до снижения вирусной нагрузки менее порога определения тест систем, далее через каждые 3 месяца;

повторное исследование крови на РНК ВИЧ в 36 недель беременности.

По результатам исследования в 36 недель беременности врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о способе родоразрешения:

при вирусной нагрузке (РНК ВИЧ) более 1000 копий/мл показано родоразрешение путем операции кесарева сечения;

при вирусной нагрузке (РНК ВИЧ) менее 1000 копий/мл – возможно родоразрешение через естественные родовые пути;

возможно использование результатов РНК ВИЧ, полученных не позднее 1 месяца.

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине и ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ –инфекцией (инфекционисту).

При наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) во время приема антиретровирусных препаратов беременная женщина незамедлительно направляется на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ–инфекцией (инфекционисту).

Рекомендуемые сроки госпитализации для родоразрешения в 38-39 недель беременности.

4.5. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, не получающей антиретровирусную терапию, врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ–инфекцией (инфекционистом), в срок беременности более 28 недель.

В первый визит проводится сбор анамнеза, осмотр, назначение дополнительного обследования пациентки согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям.

Антиретровирусные препараты назначаются в день осмотра до получения результатов обследования после получения информированного согласия. Выбор антиретровирусной терапии у беременных осуществляется с учетом эффективности, безопасности для матери и плода, переносимости.

Утверждение схемы и назначение противовирусного лечения осуществляется по решению врачебной комиссии с указанием показаний, наименований, дозы, выбранных по жизненно важным показаниям лекарственных средств.

После назначения антиретровирусных препаратов через 2 недели врачом, ответственным за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционистом), осуществляется контроль за приемом антиретровирусных препаратов и проводится повторное обследование согласно стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи

при болезни, вызванной ВИЧ и утвержденным клиническим рекомендациям. По результатам обследования проводится оценка безопасности назначенной схемы антиретровирусной терапии. После получения результатов лабораторных исследований в случае необходимости назначенная схема вертикальной профилактики может быть скорректирована.

Врач, ответственный за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов и назначает лабораторные исследования:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи;

1 раз в 3 месяца – исследование крови на иммунный статус (CD-4 клетки).

РНК ВИЧ через 4 недели терапии ежемесячно до снижения вирусной нагрузки менее порога определения тест систем, далее каждые 3 месяца и в 36 недель беременности. По результатам обследования в 36 недель беременности врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о методе родоразрешения и предоставляется выписка о проведенной антенатальной профилактике с указанием сроков начала профилактики, схемы, режима приема препаратов, показателя РНК ВИЧ на 35-36 неделе беременности:

при уровне РНК ВИЧ более 1000 копий/мл показано родоразрешение путем плановой операции кесарева сечения на 38-39 неделе беременности;

при вирусной нагрузке РНК ВИЧ менее 1000 копий/мл – возможно родоразрешение через естественные родовые пути;

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине и ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

При наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) на получение антиретровирусных препаратов беременная женщина незамедлительно направляется на консультацию к врачу, ответственному за оказание медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией (инфекционисту).

Рекомендуемые сроки госпитализации для родоразрешения в 38-39 недель беременности.

4.6. В период диспансерного наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией рекомендуется избегать инвазивные процедуры, повышающие риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона, кордоцентез). Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.

4.7. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач акушер-гинеколог в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог женской консультации незамедлительно информирует: врача, ответственного за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекциониста) (жительницы края) или КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД» (жители города Красноярска).

5. Проведение экстренной профилактики передачи ВИЧ-инфекции матери и ребенку.

5.1. При поступлении в родильный дом (отделение) беременных женщин на родоразрешение с неизвестным ВИЧ-статусом и контактных с ВИЧ-инфицированным партнером в приемном отделении производится экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию с дальнейшим подтверждением стандартным методом диагностики ВИЧ (ИФА).

Организация экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин, поступающих в родильные дома (отделения) на родоразрешение с неизвестным ВИЧ-статусом или имеющих эпидемиологические показания с использованием быстрых простых тестов позволяет с высокой степенью вероятности выявить ВИЧ-инфекцию у женщины, провести профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и снизить риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией.

Руководителем учреждения здравоохранения приказом по учреждению определяется порядок проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию и назначаются специалисты, выполняющие экспресс-тестирование.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию выполняется медицинским сотрудником (акушером-гинекологом, медицинским лабораторным техником, медицинской сестрой или акушеркой) обученным технологии.

При поступлении беременной женщины в родильный дом (отделение) на родоразрешение с неизвестным ВИЧ статусом или имеющей эпидемиологические показания, в приемном отделении незамедлительно проводится экспресс-тестирование пациентки на ВИЧ-инфекцию после проведенного дотестового консультирования и получения добровольного информированного согласия пациентки.

Приемное отделение необходимо обеспечить неснижаемым запасом экспресс тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции.

Методика исследования выполняется строго в соответствии с инструкцией, прилагаемой к тест-системе.

Медицинский сотрудник проводит оценку результата выполненного исследования в соответствии со временем, указанным в инструкции к тест-системе. По результатам исследования проводится послетестовое консультирование.

Окончательный результат исследования на ВИЧ-инфекцию оценивается врачом акушером-гинекологом, фиксируется в медицинской документации (истории родов) и заверяется его личной подписью.

Результат тестирования на ВИЧ-инфекцию регистрируется в Журнале учета экспресс-диагностики ВИЧ-инфекции.

Выписка родильниц с неизвестным ВИЧ-статусом осуществляется после получения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию из лабораторий

диагностики ВИЧ-инфекции и проведении послетестового консультирования.

5.2. К беременным женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом относятся пациенты: при отсутствии медицинских документов (обменной карты); при отсутствии результатов исследований на ВИЧ-инфекцию в обменной карте; при отсутствии результатов исследований на ВИЧ-инфекцию в 36 недель беременности; наличие у беременной женщины ВИЧ-инфицированных партнеров, партнеров, принимающих психоактивные вещества; употребление женщиной психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

Результаты выполненного экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию записываются в историю родов.

5.3. При получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию, полученного экспресс-методом, проводится экстренная профилактика в родильном доме (отделении) врачом акушером-гинекологом, ведущим роды.

5.4. При получении отрицательного результата на ВИЧ-инфекцию экспресс-методом экстренная профилактика проводится при наличии эпидемиологических показаний: наличие у беременной женщины ВИЧ-инфицированных партнеров, партнеров, принимающих психоактивные вещества; употребление женщиной психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества).

Профилактические мероприятия беременной женщине (родильнице) и ее ребенку проводятся после оформления добровольного информированного согласия пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство.

5.5. Немедикаментозные меры профилактики ВИЧ-инфекции:

При ведении родов через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

Врачом-акушером-гинекологом принимаются меры по недопущению длительности безводного промежутка более 4 часов.

Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется ограничить проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: перинео- эпизиотомия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

Искусственное вскармливание ребенка с рождения с исключением прикладывания новорожденного к материнской груди.

Плановое кесарево сечение для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией проводится (при отсутствии противопоказаний) до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод при наличии хотя бы одного из следующих условий:

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами (на сроке не ранее 36 недели беременности) более или равна 1000 коп/мл

(возможно использование результатов РНК ВИЧ, полученных не позднее 1 месяца);

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

в) антиретровирусная химиопрофилактика не проводилась во время беременности или невозможно применить антиретровирусные препараты в родах.

При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом не рекомендуется его проводить при безводном промежутке более 4 часов.

Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается врачом акушером-гинекологом, ведущим роды, в индивидуальном порядке, 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.

#### 5.6. Медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции:

Вводить внутривенно капельно раствор зидовудина (из расчета 2 мг/кг в течение первого часа, затем 1 мг/кг/час до пересечения пуповины) за 3 часа до планового кесарева сечения или незамедлительно при развившейся родовой деятельности, прекратить введение данного препарата после пересечения пуповины.

При отсутствии раствора зидовудина назначают его в таблетках перорально с началом родовой деятельности, в начальной дозе 600 мг затем по 400 мг через 3 часа и 6 часов.

При невозможности внутривенного введения зидовудина у ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших антиретровирусные препараты перед родами, рекомендуется назначить однократный прием невирапина 200 мг в сочетании с зидовудином 300 мг и ламивудином 150 мг. С первого дня после родов на 14 дней женщине назначается зидовудин 300 мг в таблетках + ламивудин.

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

5.7. Выписка родильниц с неизвестным ВИЧ-статусом осуществляется после получения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции.

5.8. При получении отрицательных результатов на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции и при отсутствии эпидемиологических показаний профилактическое лечение антиретровирусными препаратами прекращается.

При наличии эпидемиологических показаний при выписке в обменной карте беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20) женщине рекомендуется через 3 месяца пройти повторное тестирование на ВИЧ-инфекцию по месту жительства.



5.9. При получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции после родов врачом акушером-гинекологом родильного дома (отделения) назначается консультация врача, ответственного за оказание медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (инфекциониста), который незамедлительно назначает забор крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ и иммунный статус (СД-4 клетки) для решения вопроса о продолжении антиретровирусной терапии.

5.10. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для молекулярно-генетических исследований на ВИЧ-инфекцию (ДНК ВИЧ) с помощью вакуумных систем для забора крови в специальные пробирки. Кровь направляется в лабораторию КГАУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

5.11. Антиретровирусная профилактика новорожденному назначается и проводится врачом-неонатологом или врачом-педиатром независимо от приема (отказа) антиретровирусных препаратов матерью в период беременности и родов.

Показаниями к назначению антиретровирусной профилактики новорожденному, рожденному от матери с ВИЧ-инфекцией, положительным результатом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ в родах, неизвестным ВИЧ-статусом в акушерском стационаре являются:

возраст новорожденного не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;

при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) - период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены);

эпидемиологические показания:

неизвестный ВИЧ статус матери, употребляющей парентерально психоактивные вещества или имеющей половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером;

отрицательный результат обследования матери на ВИЧ-инфекцию, употребляющей парентерально психоактивные вещества или имеющей половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией.

Новорожденному проводится гигиеническая ванна с раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% р-ра хлоргексидина на 10 литров воды). При невозможности использовать хлоргексидин используется мыльный р-р.

При выписке из акушерского стационара врач-неонатолог или врач-педиатр подробно в доступной форме разъясняет матери или лицам, которые будут осуществлять уход за новорожденным, дальнейшую схему приема химиопрепаратов ребенком, выдает на руки антиретровирусные препараты для продолжения антиретровирусной профилактики в соответствии с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями и стандартами.

При проведении профилактического курса антиретровирусных препаратов методами экстренной профилактики, выписка из родильного дома

матери и ребенка осуществляется после окончания профилактического курса, то есть не ранее 7 дней после родов.

В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации.

5.12. Врач педиатр (неонатолог) назначает ребенку в случае проведения антенатальной профилактики беременной: зидовудин внутрь в сиропе из расчета 4 мг/кг (разовая доза) 2 раза в сутки с шестого первого часа после рождения в течение 28 дней.

В случае отсутствия у матери профилактики ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами ребенку одновременно с зидовудином по 4 мг/кг 2 раза в сутки с первого часа после рождения в течение 4-х недель назначается: невирапин суспензия 2мг/кг 2раза в сутки в течение 2-х недель в течение двух недель и ламивудин 2мг/кг 2раза в сутки в течение 4 недель.

В случаях позднего выявления ВИЧ-инфекции у матери или родов, произошедших вне лечебного учреждения, профилактика ребенку проводится в случаях если возраст ребенка не превышает трех суток (72 часа) и/или с момента последнего прикладывания к груди прошло менее трех суток (72 часа). Препараты зидовудин +ламивудин+ невирапин назначаются незамедлительно по той же схеме.

Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку по истечении 72 часов с момента прекращения контакта считается малоэффективным.

5.13. После родов врач акушер-гинеколог родильного дома (отделения) в течении 10 дней направляет «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью» (форма № 309/у в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями») в краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД».

6. Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности, родов и новорожденному проводится после получения информированного добровольного согласия в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» согласно приложению к «Мероприятиям по оказанию медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период».

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края

  
М.Ю. Бичурина

Приложение к  
Мероприятиям по оказанию  
медицинской помощи  
женщинам с ВИЧ-инфекцией  
в период беременности,  
родов и в послеродовой период  
приказа МЗ КК от 25.01.2021  
№ 55-орг

**Информированное согласие  
на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции  
от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному**

Я, \_\_\_\_\_, года рождения  
(Фамилия, имя, отчество)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;

назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка;

чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;

тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;

все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;

как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;

если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;

после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;

принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.

Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(ФИО, разборчиво) подпись

## **Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями**

1. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по «акушерству и гинекологии» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», «акушерству и гинекологии» (искусственное прерывание беременности)» или «акушерскому делу» не зависимо от форм собственности.

2. Оказание специализированной медицинской помощи женщинам при гинекологических заболеваниях включает:

2.1. амбулаторный этап, осуществляемый врачами акушерами-гинекологами: в женских консультациях (акушерско-гинекологических кабинетах) районных и городских больниц, межрайонных родильных домов и межрайонных центров; краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; в консультативно-диагностическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»; в консультативном отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»; консультативной поликлинике краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

2.2. стационарный этап, осуществляемый в гинекологических отделениях районных, городских и межрайонных больниц, межрайонных родильных домов, многопрофильных больниц, специализированных учреждений.

3. Правила организации деятельности гинекологического отделения медицинской организации, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения гинекологического отделения определены приложениями № 35, № 36, № 37 к приказу № 1130н.

4. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний;

оказание медицинской помощи при неотложных состояниях; санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно – просветительских моделей.

При оказании первичной медико-санитарной помощи врач акушер-гинеколог женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) взаимодействует со специалистом по социальной работе, психологом и юристом кабинета медико-социальной помощи в части осуществления мероприятий по предупреждению аборт, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежелательной беременности, формирования у женщины осознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель, прегравидарную подготовку.

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

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.

С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное и ультразвуковое исследование органов малого таза.

5. 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.

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа—женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами молочной железы и репродуктивной системы, 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.

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.

6. Организация медицинской помощи с целью раннего выявления заболеваний шейки матки и при патологии шейки матки определена приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 29.09.2020 № 1273-орг.

7. Организация медицинской помощи женщинам с целью раннего выявления заболеваний молочных желез и при патологии молочных желез определена приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 06.08.2019 № 936-орг.

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

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

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

9. В рамках оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными

опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез направляются в женскую консультацию по месту жительства для проведения диспансерного наблюдения и лечения доброкачественных диффузных заболеваний с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

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

11. 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.

а) первая группа—медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологической патологией в гинекологических палатах хирургических отделений (с численностью обслуживаемого населения от 20 000 до 50 000 человек, при удаленности ближайшего гинекологического стационара более 100 км и временем доставки пациентов более 60 мин.) или гинекологических отделениях в составе районных и городских больниц с численностью обслуживаемого населения от 50 000 до 70 000 человек;

б) вторая группа—гинекологические отделения городских больниц, специализированных гинекологических больниц, городских больниц скорой медицинской помощи, родильных домов, межрайонных перинатальных центров, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» с численностью обслуживаемого населения от 70 000 до 100 000 человек: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»;

в) третья А группа—гинекологические отделения краевых клинических больниц, перинатальных центров, центров охраны материнства и детства, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», краевое государственное бюджетное учреждение



здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница» № 4»; филиал ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России «Клиническая больница № 51».

г) третья Б группа - 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.

11.1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары:

11.1.1. первой группы 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;

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

11.1.3. третьей А группы 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.

11.1.4. третьей Б группы: состояния, перечисленные в пункте 11.1.3. и состояния, обусловленные гинекологической патологией для оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Для оказания плановой стационарной медицинской помощи, включая оперативную, женщинам с гинекологическими заболеваниями в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения 2 и 3 группы медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-

санитарную медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля, не зависимо от формы собственности, осуществляется предварительная запись путем направления соответствующего запроса с прикреплением копий медицинских заключений, результатов обследования и направления на консультацию в медицинской информационной системе qMS (или защищенному каналу).

12. В случае наличия медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в стационарных условиях женщины с гинекологическими заболеваниями направляются в учреждения здравоохранения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля.

12.1. Жители края направляются в гинекологические отделения:

учреждений здравоохранения по месту жительства – женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной экстренной и неотложной медицинской помощи (на территории соответствующего муниципального образования);

учреждений здравоохранения межрайонных центров – женщины с гинекологическими заболеваниями для оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи (на территории обслуживаемого муниципального образования), включая использование современных медицинских технологий, в том числе эндоскопических, эндохирургических;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» (на территории Западной группы районов и города Ачинска) женщины с гинекологическими заболеваниями при отсутствии воспалительных заболеваний женской половой сферы, гнойно-воспалительных акушерских осложнений, тяжелой соматической патологии, для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ачинская межрайонная больница» женщины с гинекологическими заболеваниями в сочетании с соматической патологией, осложнениями после прерывания беременности (аборта), воспалительными заболеваниями женской половой сферы для оказания специализированной медицинской помощи, включая использование современных медицинских технологий (эндоскопических, эндохирургических);

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1» (на территории города Норильска и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района) женщины с гинекологическими заболеваниями, в том числе в сочетании с соматическими заболеваниями, гнойно-септическими акушерскими осложнениями и воспалительными заболеваниями женских половых органов для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы органов;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» женщины с гинекологическими заболеваниями, включая бесплодие, при отсутствии тяжелой соматической патологии, воспалительных заболеваний женской половой сферы и гнойно-воспалительных акушерских осложнений для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы органов;

краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» – женщины с гинекологическими заболеваниями в сочетании с тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-воспалительными акушерскими осложнениями и осложнениями после прерывания беременности (аборта) (несостоятельностью швов на матке после операции кесарево сечение, перитонитом, сепсисом), воспалительными заболеваниями женской половой сферы, осложненными образованием tuboовариальных опухолей, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

12.2. Жители города Красноярска направляются в:

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» – женщины с гинекологической патологией, включая медицинскую помощь при бесплодии, в плановом порядке на территории Ленинского, Свердловского, Кировского, Октябрьского, Железнодорожного и Центрального районов; в экстренном порядке – на территории Свердловского, Кировского, Ленинского районов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы органов;

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 1» женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке на территории мкн. Солнечный и Северный, в экстренном порядке – на территории Советского района;

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке на территории Советского района (кроме мкн. Солнечный и Северный);

гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» – женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в экстренном порядке на территории Октябрьского, Железнодорожного и Центрального районов и в плановом и экстренном порядке пациенткам с тяжелой соматической патологией.

11. При плановой госпитализации женщины с гинекологическим заболеванием обязательным является предварительное обследование.

№	Перечень обследования	Срок годности
1.	анализы крови: на ВИЧ, антитела к <i>Treponema pallidum</i> , HBsAg, антитела к гепатиту С	не более 30 дней
2.	развернутый анализ крови	не более 10 дней
3.	биохимический анализ крови (общий билирубин, общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза)	
4.	коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, АЧТВ)	
5.	общий анализ мочи	
6.	микроскопическое исследование отделяемого половых органов на микрофлору	
7.	кольпоскопия, мазок с шейки матки на атипичические клетки	
8.	ЭКГ	не более 14 дней
9.	заключение терапевта (с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	
10.	флюорография	не более 1 года
11.	УЗИ молочных желез (женщинам до 40 лет)	
12.	заключение стоматолога	
13.	маммография (женщинам старше 40 лет)	не более 2 лет
14.	колоноскопия (при оперативном лечении опухолей яичников)	не более 6 месяцев
15.	ФГС (при оперативном лечении опухолей яичников, при наличии язвенного анамнеза)	не более 30 дней
16.	УЗИ органов малого таза	
17.	СА-125 (при оперативном лечении опухолей яичников)	
18.	заключение специалистов по профилю (при соматической патологии, с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)	

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

Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи.

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

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.

В целях госпитализации пациентки в дневной стационар врачом акушером-гинекологом женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) выдается направление, выписка из индивидуальной карты беременной и родильницы или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, результаты обследования.

Дневной стационар осуществляет следующие функции: проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий; проведение комплексного курсового лечения больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения; продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре, в состоянии, не требующем наблюдения в ночное и вечернее время, в условиях активного стационарного режима.

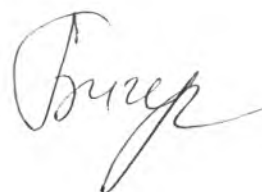
14. При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного наблюдения, пациентка незамедлительно переводится в стационар круглосуточного пребывания.

Показаниями для экстренной госпитализации в круглосуточный стационар являются: угроза жизни больной при острой гинекологической патологии; состояние больной, требующее неотложных лечебно-диагностических мероприятий и/или круглосуточного наблюдения.

15. Показаниями для плановой госпитализации в круглосуточный стационар являются: невозможность проведения лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях; состояние больной, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больной; осложненное течение беременности; территориальная отдаленность больной от стационара (с учетом потенциально возможного осложнения); неэффективность амбулаторного лечения у часто- и длительно болеющих.

16. При наличии медицинских показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» пациенты направляются в краевые или федеральные государственные учреждения здравоохранения в зависимости от наличия медицинских показаний.

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 11  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 25.01.2021 № 55-ор

## **Мероприятия по организации оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями**

1. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями (в возрасте от 0 до 17 лет включительно) осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. 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; персонифицированное консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики аборт и выбора контрацепции; санитарно-гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории обслуживания медицинской организации, и направленное на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

3. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете), в детской поликлинике, консультативной поликлинике перинатального центра и иных 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)», по «акушерству и гинекологии (искусственное прерывание беременности)» и (или) «педиатрии» независимо от форм собственности.

Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов.

3.1. Правила организации деятельности кабинета врача - акушера-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 38, № 39, № 40 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н.

4. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, а в случае отсутствия указанного специалиста любым врачом-акушером-гинекологом, врачом-педиатром, врачом -педиатром участковым.

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

Врачи-акушеры-гинекологи, оказывающие медицинскую помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, должны направляться на обучение на цикле тематического усовершенствования по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей не реже 1 раза в 5 лет.

5. Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога при оказании первичной медико-санитарной помощи является проведение профилактических осмотров несовершеннолетних в возрастные периоды: 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно, в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез. В другие возрастные периоды осмотр несовершеннолетних проводится участковым педиатром поликлиники с последующим направлением ее к врачу-акушеру-гинекологу детской поликлиники, женской консультации при наличии медицинских 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 несовершеннолетней по вопросам интимной гигиены; необходимость консультирования несовершеннолетней (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 несовершеннолетних, в том числе после аборта.

6. Медицинские вмешательства детям, включая профилактический осмотр, проводятся после получения добровольного информированного согласия девочек в возрасте 15 лет и старше, а в случае обследования и лечения детей, не достигших указанного возраста, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

7. При проведении профилактических осмотров врач акушер-гинеколог или иной медицинский работник осуществляет выяснение жалоб, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценку степени полового развития по Таннеру, 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.

8. По результатам профилактических осмотров несовершеннолетних формируются группы здоровья:



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

II группа - несовершеннолетние, имеющие в настоящее время или в течение 6 месяцев, предшествующих профилактическому осмотру:

острую травму половых органов и молочных желез, сращение малых половых губ, полип гимена, гемангиому, кисту вульвы/влагалища, гипертрофию малых половых губ, острые неосложненные воспаления вульвы и (или) влагалища и внутренних половых органов, расстройство менструаций, фолликулярную или желтого тела кисту яичника, нелактационный серозно-инфильтративный или гнойный мастит;

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

III группа - несовершеннолетние:

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, атопический 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 - несовершеннолетние:

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 - несовершеннолетние:

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.

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

Несовершеннолетним, 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 - несовершеннолетние с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа - несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями;

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

9. При наличии беременности у несовершеннолетней наблюдение ее осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства и иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)», по «акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)» независимо от форм собственности в соответствии с приложениями № 1 - № 8 настоящего приказа.

Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в соответствии с приложением № 12 к настоящему приказу.

10. Медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, направляет несовершеннолетнюю с гинекологической патологией на амбулаторно-поликлинический прием к врачу акушеру-гинекологу в консультативную поликлинику перинатального центра в случаях, когда: отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие врожденных пороков развития и нарушении полового развития.

Плановая госпитализация несовершеннолетних с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки осуществляется

при наличии результатов обследования согласно с пунктом 9 раздела IV приложения 3 к настоящему приказу.

Критерии отбора несовершеннолетних с гинекологической патологией на специализированные гинекологические койки: тяжесть состояния больной; необходимость хирургического вмешательства или манипуляций с использованием анестезии, необходимость подбора и проведения комплексной терапии; проведение комплексного обследования с использованием современных диагностических технологий для уточнения диагноза и для контроля за эффективностью терапии.

Для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач - акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет несовершеннолетнюю с гинекологической патологией в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, имеющей гинекологические койки для несовершеннолетних и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» (для консервативного лечения) и или «детской хирургии», «хирургии» (для хирургического лечения).

Правила организации деятельности гинекологического отделения для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения гинекологического отделения для несовершеннолетних определены приложениями № 44, № 45, № 46 к приказу № 1130н.

11. Плановая специализированная медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологической патологией (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы) оказывается в гинекологическом отделении: краевого государственного бюджетного учреждения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» на территории края, краевого государственного бюджетного учреждения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2» на территории города Ачинска и Западной группы районов, краевого государственного бюджетного учреждения «Норильская межрайонная больница №1» на территории Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района и города Норильска.

12. Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с острыми гинекологическими заболеваниями (в том числе с воспалительными заболеваниями женской половой сферы), оказывается:

жителям края (с учетом состояния пациента):

в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения по месту жительства и /или

в гинекологических отделениях учреждений здравоохранения на территории:

города Ачинска, Ачинского района, города Боготола, Боготольского района, города Назарово, Назаровского района, города Ужура, Ужурского района, города Шарыпово, Шарыповского района, ЗАТО Солнечный, Бирилюсского района, Большеулуйского района, Козульского района,

Тюхтетского района (далее-Западной группы районов) - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ачинская межрайонная больница» (с воспалительными заболеваниями женской половой сферы); в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства № 2» (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы);

города Канска, Канского района, Абанского района, Дзержинского района, Иланского района, Ирбейского района, Нижнеингашского района, Тасеевского района (далее-Восточной группы районов) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница»;

города Минусинска, Минусинского района, Ермаковского района, Идринского района, Каратузского района, Краснотуранского района, Курагинского района, Шушенского района (далее-Южной группы районов) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

города Лесосибирска, Казачинского района, Пировского района, Енисейского района, Северо-Енисейского района (далее-Лесосибирская группа районов) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1»;

города Красноярска, города Бородино, города Дивногорска, города Сосновоборска, Балахтинского района, Манского района, Новоселовского района, Партизанского района, Рыбинского района, Саянского района, Уярского района, Березовского района, Емельяновского района, Сухобузимского района, Большемуртинского района (далее-Центральная группа районов); Богучанского района, Кежемского района, Мотыгинского района (далее-Богучанская группа районов); Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (при отсутствии воспалительных заболеваний), в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» (с воспалительными заболеваниями органов малого таза);

в гинекологическом отделении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы) на территории края.

13. Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с воспалительными образованиями женской половой сферы (включая тубоовариальные гнойные опухоли) оказывается:

на территории Западной группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»; Восточной группы районов- в краевом государственном

бюджетном учреждении здравоохранения «Канская межрайонная больница»; Южной группы районов - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Минусинская межрайонная больница», Лесосибирской группы районов в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница», Норильской группы районов и Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Норильская межрайонная больница № 1».

на территории города Красноярск, Центральной, Богучанской группы районов, Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района - в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4».

При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопию) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и/или матки при выполнении экстренной операции врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами принимается консилиумом с участием врача акушера-гинеколога, заместителя главного врача по лечебной работе (ответственного дежурного врача в ночное время и выходные дни).

14. При необходимости реабилитационного и восстановительного лечения медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях).

15. Несовершеннолетние, достигшие возраста 15 лет на территории города Красноярск, города Норильск, города Ачинск, города Канск, города Лесосибирск, города Минусинск передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога детского и подросткового возраста (специализированный прием) женской консультации.

Девушки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации после оформления переводного эпикриза.

Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и определяют группу диспансерного наблюдения.

16. Правила организации деятельности кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями № 38, № 39, № 40 к приказу № 1130н.

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

## **Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности**

1. Искусственное прерывание беременности, в том числе несовершеннолетним, проводится врачом акушером-гинекологом в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (искусственное прерывание беременности)» независимо от форм собственности.

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

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 госпитализируется в медицинскую организацию соответствующего профиля и группы (уровня) для дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», оформленном в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2016 № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей (законного представителя).

2.1. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями и с учетом стандартов медицинской помощи.

Обследование женщин проводится 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)», «акушерству и гинекологии

(искусственному прерыванию беременности)».

3. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета) по месту жительства.

4. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, направляет беременную женщину в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (поликлиники) для консультирования психологом, специалистом по социальной работе.

При отсутствии кабинета медико-социальной помощи консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию.

Деятельность кабинета медико-социальной помощи женской консультации регламентирована приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389.

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 приложениями № 47, № 48, № 49 к приказу № 1130н.

5. Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности проводит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний.

Искусственное прерывание беременности не проводится при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы. Прерывание беременности проводится после излечения указанных заболеваний.

При наличии других противопоказаний (заболевания, состояния, при котором прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей.

5.1. 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.

6. Перед направлением на искусственное прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель рекомендуется микроскопическое

исследование отделяемого женских половых органов, определение группы крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза.

6.1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности женщины с соматическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией обследование проводится в соответствии с пунктом 14 настоящего приложения.

7. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основании информированного добровольного согласия женщины.

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности рекомендуется вакуумная аспирация.

8. Прерывание беременности медикаментозным методом проводится в условиях дневного стационара в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи с периодом наблюдения не менее 1,5-2 часов после приема препаратов.

9. Прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты) хирургическим методом (вакуумная аспирация) проводится в условиях дневных стационаров медицинских организаций. Продолжительность наблюдения женщины, в условиях дневного стационара после проведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины, но не менее 4 часов.

Искусственное прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты) у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний (состояний) производится в условиях круглосуточного стационара.

Искусственное прерывание беременности на сроке гестации до 12 недель производится в условиях стационара.

10. Перед хирургическим прерыванием беременности у первобеременных женщин во всех сроках, а у повторно беременных женщин после восьми недель, а также при наличии аномалий шейки матки (врожденных или приобретенных в результате оперативных вмешательств или травм) проводится подготовка шейки матки.

11. Контроль опорожнения полости матки осуществляется путем визуализации удаленных тканей. При необходимости выполняется ультразвуковое исследование и (или) определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина количественным методом в динамике.

12. Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальному показанию решается комиссией в составе: руководителя медицинской организации, врача-акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает



письменное заявление женщины, заключение врача-акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социального показания для искусственного прерывания беременности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 06.02.2012 № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

При наличии социального показания для искусственного прерывания беременности комиссией выдается заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью медицинской организации.

13. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736, в медицинских организациях формируется комиссия в составе: врача-акушера-гинеколога, врача по профилю 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.

При наличии медицинских показаний для проведения искусственного прерывания беременности комиссией выдается заключение о наличии у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, заверенное подписями членов комиссии и печатью медицинской организации.

14. Перед направлением на искусственное прерывание беременности во II триместре проводится обследование в соответствии с перечнем.

№	Перечень обследования	Срок годности	
1.	группа крови, Rh -фактор	бессрочно	
2.	анализы крови: на ВИЧ, антитела к <i>Treponema pallidum</i> , HBsAg, антитела к гепатиту С;	не более 30 дней	
3.	развернутый анализ крови;	не более 10 дней	
4.	биохимический анализ крови (общий билирубин, белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза);		
5.	коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, АЧТВ);		
6.	общий анализ мочи;		
7.	микроскопическое исследование отделяемого половых органов на микрофлору		
8.	ЭКГ		не более 14 дней
9.	заключение терапевта (с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)		
10.	УЗИ органов малого таза;	не более 30 дней	
11.	заключение специалистов по профилю заболевания (при наличии соматического заболевания с указанием диагноза, лечения и рекомендаций с учетом предстоящей операции)		

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

16. При прерывании беременности во втором триместре рекомендуется проводить ультразвуковой контроль.

17. При наличии признаков неполного аборта и (или) обнаружении остатков плодного яйца проводится вакуумная аспирация или кюретаж.

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

18. При медикаментозном аборте высоком риске возникновения воспалительных заболеваний проводится антибиотикопрофилактика.

19. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины на медицинское вмешательство.

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

21. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, а также по предупреждению аборт и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

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

23. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны матери (соматическом заболевании) при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологических отделений специализированных краевых учреждений здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния: в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница», в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

24. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) женщины при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии направляются:

в гинекологические отделения учреждений здравоохранения по месту жительства;

в гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» на территории города Красноярска, города Бородино, города Дивногорска, города Сосновоборска, Балахтинского района, Манского района, Новоселовского района, Партизанского района, Рыбинского района, Саянского района, Уярского района, Березовского района, Емельяновского района, Сухобузимского района, Большемуртинского района.

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

жители края в гинекологическое отделение краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»;

жители города Красноярска в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4».

25. Несовершеннолетние для прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) и при состоянии физиологической незрелости (до достижения возраста 15 лет) на сроке гестации до 22 недель беременности (второй триместр) направляются на территории:

города Ачинска, Ачинского района, города Боготола, Боготольского района, города Назарово, Назаровского района, города Ужура, Ужурского района, города Шарыпово, Шарыповского района, ЗАТО Солнечный, Бирилюсского района, Большеулуйского района, Козульского района, Тюхтетского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»;

города Канска, Канского района, Абанского района, Дзержинского района, Иланского района, Ирбейского района, Нижнеингашского района, Тасеевского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная больница»;

города Минусинска, Минусинского района, Ермаковского района, Идринского района, Каратузского района, Краснотуранского района, Курагинского района, Шушенского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Минусинская межрайонная больница»;

города Лесосибирска, Казачинского района, Пировского района, Енисейского района, Северо-Енисейского района- в краевое государственное

бюджетное учреждение здравоохранения «Лесосибирская межрайонная больница»;

города Норильска, Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Норильская межрайонная больница №1»;

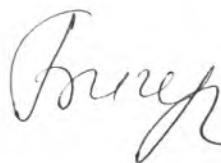
города Красноярска, города Бородино, города Дивногорска, города Сосновоборска, Балахтинского района, Манского района, Новоселовского района, Партизанского района, Рыбинского района, Саянского района, Уярского района, Березовского района, Емельяновского района, Сухобузимского района, Большемуртинского района; Богучанского района, Кежемского района, Мотыгинского района; Эвенкийского муниципального района, города Игарки, Туруханского района- в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 4».

26.Прерывание беременности на сроке гестации 22 недели и более при наличии пороков развития плода, несовместимых с жизнью, проводится в соответствии с протоколом лечения «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода» от 04.12.2018 №15-4/10/2-7839 и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 22.07.2019 № 883-орг.

27. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям со стороны матери (при тяжелой соматической патологии) с 22 недель беременности проводится в специализированных краевых государственных учреждениях здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния: краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница», краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится в указанных учреждениях здравоохранения совместно с выездной бригадой реанимационно-консультативного акушерского и неонатального центра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 13  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 25.01.2021 № 55-ор

**Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и новорожденным детям на территории определенных районов Красноярского края в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» согласно критериям этапности оказания медицинской помощи**

1. Настоящим приложением регулируются вопросы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов и новорожденным детям на территории города Минусинска, Минусинского района, Курагинского района, Каратузского района, Ермаковского района, Шушенского района, Краснотуранского района, Идринского района Красноярского края (далее-определенных районов Красноярского края) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр».

2. Критериями этапности медицинской помощи для направления беременных женщин на территории определенных районов Красноярского края в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи) являются: преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 33 недель включительно, при отсутствии противопоказаний для транспортировки; рубец на матке после 2-х и более операций кесарева сечения при сроке беременности 38-39 недель; задержка внутриутробного развития плода II-III ст.

3. Взаимодействие краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения на территории определенных районов Красноярского края и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический перинатальный центр» (далее - ГБУЗ РХ «РКПЦ») осуществляется в следующем порядке:

3.1. врач женской консультации по месту диспансерного наблюдения женщины в период беременности совместно с заведующей женской консультацией определяет медицинские показания для направления беременной женщины на территории определенных районов Красноярского края на лечение и родоразрешение в ГБУЗ РХ «РКПЦ» и выписывает направление на плановую госпитализацию;

3.2. плановая госпитализация беременной женщины согласовывается с заместителем главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ РХ «РКПЦ» по телефону (8-3902-271-800).

3.2.1. Для согласования плановой госпитализации в ГБУЗ РХ «РКПЦ» врач акушер–гинеколог краевого государственного учреждения здравоохранения направляет медицинские документы (выписку из медицинской карты (форма № 027/у) беременной женщины с указанием сведений о течении беременности, наличии акушерской и/или экстрагенитальной патологии, результатах дополнительных методов обследования и заключениях специалистов, консилиумов, проведенном лечении, заверенную подписью лечащего врача и заместителя по лечебной работе, в ГБУЗ РХ «РКПЦ» по защищенному каналу связи ViPNet.

3.2.2. После рассмотрения медицинских документов специалистами ГБУЗ РХ «РКПЦ» согласование оформляется письмом на официальном бланке за подписью главного врача (заместителя главного врача), заверяется печатью и направляется в краевое государственное учреждение здравоохранения на следующий рабочий день по электронной почте (защищенному каналу связи ViPNet).

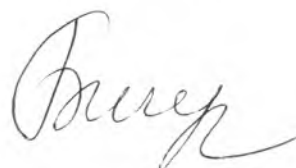
3.3. Транспортировка женщины в период беременности при наличии показаний для госпитализации осуществляется санитарным транспортом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Минусинская межрайонная больница».

3.4. Госпитализация беременной женщины в ГБУЗ РХ «РКПЦ» осуществляется при наличии медицинских документов: направления на госпитализацию (форма № 057/у-04), (с указанием подробного диагноза), заверенного подписью лечащего врача и заместителя главного врача по лечебной работе; обменной карты беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20); родового сертификата (при наличии); страхового медицинского полиса по обязательному медицинскому страхованию; документа, удостоверяющего личность; заключения специалистов по профилю сопутствующей патологии (при наличии); заключения пренатального консилиума (иного консилиума); письма о согласовании госпитализации в ГБУЗ РХ «РКПЦ», заверенного подписью руководителя.

3.5. Госпитализация беременной женщины в экстренном порядке в ГБУЗ РХ «РКПЦ» осуществляется при наличии показаний при обращении лечащего (дежурного врача) краевого государственного учреждения здравоохранения на территории определенных районов Красноярского края в отделение анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗ РХ «РКПЦ» по круглосуточному телефону (3902) 27-18-96 к дежурному врачу (анестезиологу-реаниматологу и/или акушеру-гинекологу), которые принимают решение о тактике ведения, учреждении здравоохранения для родоразрешения, необходимости медицинской эвакуации.

3.6. При наличии медицинских показаний осуществляется выездная консультация бригадой ГБУЗ РХ «РКПЦ» в целях решения вопроса о медицинской эвакуации с учетом маршрутизации больных.

Заместитель министра  
здравоохранения  
Красноярского края

 М.Ю. Бичурина