РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКАЯ РЕСПУБЛИКА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
г. Черкесск, Дом Правительства, тел./факс: 8(8782)26-65-29, факс: 8(8782)26-67-52
e-mail:minzdrav-kchr@mail.ru

П Р И К А З

от 20.01.2026г. № 17 - О

О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Карачаево-Черкесской Республики

В целях дальнейшего совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» женскому населению Карачаево-Черкесской Республики (далее-Республика), реализации Приказа министерства здравоохранения Российской Федерации № 747-н от 19.12.2025 года «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология в Карачаево-Черкесской Республике».
2. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женскому населению в период беременности родов, а также в послеродовом периоде, принять данный Приказ к исполнению и организовать работу в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи и приложениями.
3. Признать утратившим силу Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» утверждённый приказом Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики (далее-Министерство) от 30.12.2020г. №877-О «О мерах по реализации территории Карачаево-Черкесской Республики Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Т.У. Кипкееву.

Министр здравоохранения
Карачаево-Черкесской Республики Д.М. Камурзаева

Приложение к Приказу МЗ КЧР

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

I. Общие положения

1. Медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология» оказывается в Республике взрослому и детскому населению.
2. Медицинская помощь оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерскому делу, и (или) акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), и (или) акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).
3. Медицинская помощь оказывается в виде:
первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
первичной врачебной медико-санитарной помощи;
первичной специализированной медико-санитарной помощи;
специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
медицинской помощи при санаторно-курортном лечении.
4. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:
вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
5. Медицинская помощь оказывается в следующих формах:
экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);
неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента);
плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента,

не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

6. Медицинская помощь организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

7. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н, и Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 мая 2025 г. № 313н.

8. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

9. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики (семейными врачами).

10. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в случае возникновения осложнений течения беременности или послеродового периода обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога и (или) врача-специалиста по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н.

11. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами. Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается врачами-акушерами-гинекологами, прошедшими повышение квалификации по специальности «акушерство и гинекология» по вопросам формирования репродуктивной системы и течения заболеваний (состояний) женских половых органов и молочных желез у детей.

12. Первичная медико-санитарная помощь, включая проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе диспансеризации населения репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста, либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, оказывается акушером (акушеркой), фельдшером, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-акушером-гинекологом мобильной медицинской бригады.

13. Медицинские организации (далее – МО), оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре кабинет врача-акушера-гинеколога и (или) кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних (РГБУЗ «Адыге-Хабльская ЦРБ»,

«Урупская ЦРБ», «Хабезская ЦРБ» «Малокарачаевская ЦРБ», «Усть-Джегутинская ЦРБ» «Карачаевская ЦГРБ», «Прикубанская ЦРБ», «Ногайская ЦРП», «Абазинская ЦРП»);

вторая группа (уровень) - женские консультации и медицинские организации, имеющие в своей структуре женскую консультацию (РГБУЗ «Зеленчукская ЦРБ»)»;

третья группа (уровень) - центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков и медицинские организации, имеющие в своей структуре консультативно-диагностическое отделение (центр), центр охраны здоровья семьи и репродукции, центр (отделение) охраны репродуктивного здоровья подростков РГБЛПУ «Республиканский перинатальный центр» (далее- РПЦ), РГБЛПУ «Республиканская детская многопрофильная больница».

14. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с Положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 185н, и порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025г. №186н.

15. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовый период (далее - организации родовспоможения (акушерские стационары), делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре ургентные родильные залы или родильные дома (родильные отделения), в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, и (или) врача-неонатолога, и (или) врача-анестезиолога-реаниматолога, расположенные на значительном удалении от организаций родовспоможения (акушерских стационаров) второй, третьей А или третьей Б группы (уровня) и (или) в населенных пунктах, имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий (РГБУЗ «Адыге-Хабльская ЦРБ», «Урупская ЦРБ», «Хабезская ЦРБ» «Малокарачаевская ЦРБ», «Усть-Джегутинскяа ЦРБ», «Карачаевская ЦГРБ»;

вторая группа (уровень) - родильные дома и медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре родильные дома (родильные отделения), в которых предусмотрены палаты реанимации и интенсивной терапии, и (или) отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделение анестезиологии-реанимации, и (или) отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделение анестезиологии-реанимации родильного дома (родильного отделения) и пост интенсивного наблюдения и интенсивной

терапии отделения новорожденных физиологического или отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией (РГБУЗ «Зеленчукская ЦРБ»)»;
третья А группа (уровень) - перинатальные центры и медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре перинатальные центры, в которых предусмотрен акушерский дистанционный консультативный центр (далее - АДКЦ), осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь и организаций родовспоможения (акушерских стационаров), находящихся на территории субъекта Российской Федерации -РПЦ;
16. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним, с гинекологическими заболеваниями, делятся на три группы (уровня):
первая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение или гинекологическое отделение для несовершеннолетних либо располагающие гинекологическими койками или гинекологическими койками для детей, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;
вторая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и палаты реанимации и интенсивной терапии, или отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, или отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации (РГБУЗ «Зеленчукская ЦРБ»)»;
третья А группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации-РПЦ;
17. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н.
18. Скорая специализированная медицинская помощь оказывается выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (далее - выездная консультативная бригада).
19. В труднодоступных районах Республики и в случае отсутствия на территории обслуживания выездной консультативной бригады в целях обеспечения своевременного оказания медицинской помощи вне медицинской организации скорая, в том числе скорая специализированная,

медицинская помощь оказывается общепрофильной выездной бригадой скорой медицинской помощи.
Медицинская эвакуация беременных, рожениц, родильниц, женщин и несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями из медицинских организаций, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, осуществляется специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи АДКЦ РГБЛПУ «РПЦ»
20. Медицинские организации обеспечивают доступность в оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении в соответствии с Порядком организации санаторно-курортного лечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 169н.
21. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями № 1-44 к настоящему Порядку.
22. Организация оказания медицинской помощи на территории Карачаево-Черкесской Республики осуществляется Министерством.
23. Медицинские организации осуществляют информационное взаимодействие при оказании медицинской помощи в соответствии со статьей 91_1 Федерального закона № 323-ФЗ.

II. Оказание медицинской помощи в период беременности

24. При первом обращении беременной проводится сбор анамнеза и жалоб, осмотр, назначаются диагностические исследования.
25. Врач-акушер-гинеколог МО, обеспечивающий наблюдение за течением беременности при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (далее - лечащий врач), осуществляет постановку беременной на учет и в день обращения или не позднее 14 дней после первого обращения беременной при сроке беременности от четвертой до седьмой недели и не позднее 7 дней при сроке беременности более седьмой недели и оформляет индивидуальную медицинскую карту беременной и родильницы, форма которой предусмотрена приложением № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (далее соответственно - приказ № 1130н, учетная форма № 111/у-20), и обменную карту беременной, роженицы и родильницы, форма которой предусмотрена приложением № 3 к приказу № 1130н (далее - учетная форма № 113/у-20).
26. За весь период наблюдения за течением беременности во время нормальной беременности приемы (осмотры, консультации) беременных проводятся следующими медицинскими работниками:

врачом-акушером-гинекологом - не менее пяти раз;

врачом-терапевтом (врачом-педиатром у несовершеннолетних) - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

врачом-стоматологом - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

медицинским психологом (психологом) - не менее двух раз;

другими врачами-специалистами - по медицинским показаниям после выявления сопутствующих заболеваний (состояний) - не позднее 14 рабочих дней после выявления сопутствующих заболеваний (состояний).

27. При сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней, 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней и 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней проводится оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг).

28. Для проведения оценки антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней и 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней беременная направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь второй или третьей группы (уровня) РГБЛПУ «РПЦ».

29. Оценка антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней и 18 недель - 20 недель 6 дней проводится врачами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по специальности «ультразвуковая диагностика» по вопросам ультразвуковой диагностики развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг).

30. Для проведения оценки антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) при сроках беременности 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней (далее - пренатальный скрининг III триместра) беременная направляется в МО, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую в том числе работу (услугу) по ультразвуковой диагностике.

31. В случае отсутствия у медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, лицензии на осуществление медицинской деятельности, включающей работу (услугу) по ультразвуковой диагностике, для проведения пренатального скрининга III триместра беременная направляется в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода РГБЛПУ «РПЦ».

32. Оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг) на сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней (далее - пренатальный скрининг I триместра) проводится с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, пороков развития плода, признаков генетических нарушений, оценки риска хромосомных аномалий, преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода и включает в себя:

измерение роста, массы тела, артериального давления беременной;

уточнение семейного анамнеза;

ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности одиннадцатая - четырнадцатая недели по оценке антенатального развития

плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности) (скрининг I) (далее - скрининговое УЗИ I триместра);

исследование связанного с беременностью плазменного протеина А (PAPP-A) в сыворотке крови и уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (св. -ХГЧ) (далее - сывороточные маркеры);

расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями, задержки роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии (далее - расчет индивидуального риска, если не указано иное) на основе данных осмотра, анамнеза, скринингового УЗИ I триместра и сывороточных маркеров.

33. Результаты скринингового УЗИ I триместра отражаются в протоколе скринингового ультразвукового исследования женщин в 11-14 недель беременности, форма которого предусмотрена приложением № 7 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом № 1130н, и выдаются беременной.

34. Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и св. -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, форма которого предусмотрена приложением № 8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", утвержденному приказом № 1130н (далее - талон-направление № 1), доставляются в лабораторию пренатального скрининга медико-генетической консультации (центра) или клинико-диагностическую лабораторию перинатального центра, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и клинической лабораторной диагностике, в которой проводится исследование уровня сывороточных маркеров.

35. Расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями осуществляется на основании результатов исследования уровня сывороточных маркеров и информации талона-направления № 1, по итогам которого беременные разделяются на группы риска:

группа высокого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше (далее - группа высокого (1:100 и выше) риска);

группа среднего риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:101 - 1:1000 (далее - группа среднего (1:101 - 1:1000) риска);

группа низкого риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:1001 и ниже (далее - группа низкого (1:1001 и ниже) риска).

Заключение по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляется лечащему врачу в МО, в которой проводится наблюдение за течением беременности, в том числе для последующего внесения в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму №

113/у-20, а также в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода РГБЛПУ «РПЦ», в котором проводилось скрининговое УЗИ I триместра.

36. Беременным из групп среднего (1:101 - 1:1000) и высокого (1:100 и выше) риска (за исключением случаев выявления признаков порока развития плода по результатам скринингового УЗИ I триместра) показано выполнение неинвазивного пренатального теста (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) - неинвазивного пренатального ДНК-скрининга (далее - неинвазивный пренатальный тест - НИПТ).

НИПТ может быть проведен в том числе при многоплодной беременности (не более двух плодов).

Беременные из группы высокого (1:100 и выше) риска направляются в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, третьей группы (уровня) или медико-генетическую консультацию РГБЛПУ «РПЦ», имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностике и клинической лабораторной диагностике, для проведения повторного скринингового УЗИ I триместра и комплексного расчета индивидуального риска в целях подтверждения группы высокого (1:100 и выше) риска.

37. Беременные с высоким риском задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии в течение 7 дней со дня получения лечащим врачом медицинской организации, в которой проводится наблюдение за течением беременности, заключения по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляются на консультацию в консультативно-диагностическое отделение (центр) перинатального центра.

Дальнейшее наблюдение за течением беременности и маршрутизация беременной осуществляется под контролем специалистов АКДЦ.

38. Инвазивная пренатальная диагностика показана беременным:

при повышенном риске моногенной и (или) хромосомной аномалий у плода (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатального скрининга I триместра;

с выявленными признаками пороков развития плода по результатам скринингового УЗИ I триместра;

с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам повторного скринингового УЗИ I триместра;

с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам неинвазивного пренатального теста.

39. Инвазивная пренатальная диагностика проводится следующими методами:

биопсия хориона, плаценты;

амниоцентез;

кордоцентез.

40. Медицинские показания к проведению инвазивной пренатальной диагностики и метод ее проведения определяют совместно врач-генетик и врач-акушер-гинеколог.

При проведении инвазивной пренатальной диагностики при высоком риске - рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам неинвазивного пренатального теста предпочтение отдается амниоцентезу.

41. Взятие биологического материала при инвазивной пренатальной диагностике осуществляется в кабинете (отделении) антенатальной охраны плода перинатального центра или медико-генетической консультации (центре) врачом-акушером-гинекологом.

42. Образцы биологического материала с направлением в молекулярно-генетическую лабораторию и выпиской из медицинской документации беременной доставляются в перинатальный центр или медико-генетическую консультацию (центр), имеющий лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностике и клинической лабораторной диагностике, для проведения лабораторного генетического исследования и дачи заключения врача-генетика.

43. Результаты лабораторного генетического исследования биологического материала, полученного при инвазивной пренатальной диагностике, и заключение врача-генетика направляются лечащему врачу в медицинскую организацию, в которой проводится наблюдение за течением беременности, в том числе для последующего внесения в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20, а также в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ I триместра.

44. При наличии у беременной тяжелого соматического заболевания, установленного по результатам осмотров врачей-специалистов, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (далее - перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности), и (или) при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга I триместра, и (или) при возникновении осложнений беременности, угрожающих жизни и здоровью матери и (или) плода, и иных заболеваний (состояний) лечащий врач направляет беременную на консилиум врачей (далее - перинатальный консилиум), который проводится с целью определения дальнейшей тактики и медицинской организации для наблюдения за течением беременности, объема обследования, сроков лечения и родоразрешения.

45. В случае принятия беременной с сердечно-сосудистым заболеванием, требующим применения кардиохирургических методов лечения, решения о сохранении беременности, дальнейшая тактика наблюдения за течением беременности и заболеванием сердечно-сосудистой системы,

родоразрешении, направлении в МО, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, об оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме (при наличии тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушении сердечного ритма, требующем радиочастотной аблации) принимается перинатальным консилиумом с учетом результатов проведения консультации, в том числе с применением телемедицинских технологий, со специалистами медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в том числе национальных медицинских исследовательских центров (далее - НМИЦ) по акушерству и гинекологии и (или) сердечно-сосудистой хирургии и (или) медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

46. Наблюдение за течением беременности осуществляется с привлечением врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и проведением консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий, беременной специалистами АДКЦ и специалистами медицинской организации, в структуре которой создан перинатальный центр, являющийся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

47. Перинатальный консилиум созывается в РПЦ центре по инициативе лечащего врача, который определяет медицинские показания, являющиеся причиной проведения перинатального консилиума.

48. Персональный состав перинатального консилиума и даты его проведения определяются руководителем РПЦ, в котором он созывается, с учетом поданных заявок лечащих врачей и медицинских показаний, являющихся причиной проведения перинатального консилиума.

49. В состав перинатального консилиума включаются участвующие в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н заместитель главного врача РПЦ (далее - руководитель перинатального консилиума), врач-акушер-гинеколог и врачи-специалисты по профилю основного заболевания беременной при наличии выявленного тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, или по профилю заболевания (состояния) плода, и (или) врач-неонатолог, и (или) врач-генетик, и (или) врач ультразвуковой диагностики кабинета (отделения) антенатальной охраны плода при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода.

50. К работе перинатального консилиума может привлекаться медицинский психолог (психолог).

51. В состав перинатального консилиума могут включаться врачи-специалисты иных медицинских организаций, включая специалистов НМИЦ, участвующие в перинатальном консилиуме в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

52. Решение перинатального консилиума оформляется протоколом в виде документа на бумажном носителе, заполненного разборчиво от руки или в печатном виде и подписанного участниками перинатального консилиума, либо в форме электронного документа.

53. Решение перинатального консилиума передается лечащему врачу и вносится в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20.

54. Руководитель перинатального консилиума представляет беременной информацию о результатах ее обследования, сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, обусловленные заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, о возможных методах лечения, ближайших и отдаленных исходах выявленного заболевания (состояния).

При наличии у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода перинатальный консилиум представляет информацию беременной и членам ее семьи о результатах пренатального скрининга I триместра, лабораторного генетического исследования, заключении врача-генетика (при наличии), прогнозе для здоровья и жизни будущего ребенка, обусловленный заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию) и их последствиях. Информация предоставляется с учетом состояния беременной, при необходимости приглашается специалист по социальной работе для информирования о мерах социальной поддержки и ранней помощи, юрисконсульт для консультирования по правовым вопросам и иные специалисты.

55. Лечащим врачом с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 26 настоящего Порядка, и решения перинатального консилиума (при наличии) до 11 недель 6 дней беременности делается заключение об отсутствии (наличии) факторов риска, обусловленных заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, рекомендуется медицинская организация для дальнейшего наблюдения за течением беременности.

56. Оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг) на сроках беременности 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней (далее - пренатальный скрининг II триместра) проводится с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений, оценки риска хромосомных аномалий, пороков развития плода, преждевременных родов и задержки роста плода и включает в себя:

ультразвуковое скрйнинговое исследование при сроке беременности девятнадцатая - двадцать первая недели по оценке антенатального развития плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности) (скрининг II) (далее - скрининговое УЗИ II триместра);
ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия).
Беременные с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше, выявленным при проведении пренатального скрининга I триместра или по результатам неинвазивного пренатального теста, а также не прошедшие пренатальный скрининг I триместра направляются на пренатальный скрининг II триместра в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода перинатального центра или медико-генетической консультации (центра), имеющий лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностике.

57. Результаты скринингового УЗИ II триместра отражаются в протоколе скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности, форма которого предусмотрена приложением № 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", утвержденному приказом № 1130н, и выдаются беременной.

58. В случае выявления (подтверждения) рождения ребенка из группы высокого (1:100 и выше) риска, признаками генетических нарушений или порока развития плода беременной рекомендуется проведение инвазивной пренатальной диагностики.

59. Результаты лабораторного генетического исследования биологического материала, полученного при инвазивной пренатальной диагностике, и заключение врача-генетика направляются лечащему врачу и в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ II триместра.

60. Лечащим врачом с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 26 настоящего Порядка, и решения перинатального консилиума (при наличии), до 20 недель 6 дней беременности делается окончательное заключение об отсутствии (наличии) факторов риска, обусловленных заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, рекомендуется медицинская организация для дальнейшего наблюдения за течением беременности.

61. При монохориальной многоплодной беременности со сроком беременности 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плодов проводится каждые 2 недели в кабинетах (отделениях) антенатальной охраны плода медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, второй или третьей группы (уровня).

При дихориальной двойне и трихориальной тройне со срока беременности 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плодов проводится

каждые 4 недели в кабинетах (отделениях) антенатальной охраны плода медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, второй или третьей группы (уровня).

62. При выявлении аномалий расположения, прикрепления плаценты, подозрении на врастание плаценты по данным ультразвукового исследования беременной проводится консультация врачом-акушером-гинекологом АДКЦ.

63. При выявлении на любом сроке беременности у плода признаков изосенсибилизации беременная направляется в перинатальный центр, осуществляющий внутриутробное переливание крови плоду.

64. Пренатальный скрининг III триместра проводится с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода, неправильного положения плода и включает в себя:

ультразвуковое исследование плода (плодов) в III триместре беременности (многоплодной беременности);

ультразвуковую допплерографию маточно-плацентарного кровотока.

65. Результаты ультразвукового исследования плода (плодов) в III триместре беременности (многоплодной беременности) отражаются в протоколе скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности, форма которого предусмотрена приложением № 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", утвержденному приказом № 1130н, вносится лечащим врачом в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20 и выдаются беременной.

66. По итогам пренатального скрининга III триместра с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 26 настоящего Порядка, и решения перинатального консилиума (при наличии) лечащим врачом при сроке беременности 36-37 недель устанавливается полный клинический диагноз и определяется медицинская организация для планового родоразрешения.

Лечащий врач информирует беременную о медицинской организации, в которой рекомендуется родоразрешение в соответствии с ее клиническим диагнозом, о возможности выбора медицинской организации в соответствии с частью 4 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ и сроке дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в учетной форме № 111/у-20 и учетной форме № 113/у-20.

67. В дневные стационары женской консультации, организации родовспоможения (акушерского стационара) направляются беременные при сроке беременности до 22 недель и в послеродовый период, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, но не требующие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также для проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации и проведения глюкозо-толерантного теста на любом сроке беременности.

68. При наличии акушерских осложнений, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная направляется в родильный дом (родильное отделение) или перинатальный центр.

69. При соматических заболеваниях, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях,

беременная направляется в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю соматического заболевания вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и лечения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

При отсутствии в указанной медицинской организации врача-акушера-гинеколога обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога иной медицинской организации или АДКЦ, в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

70. При сочетании осложнений беременности и осложнений соматического заболевания беременная направляется в структурное подразделение медицинской организации, оказывающее медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

71. В АДКЦ в течение 14 рабочих дней со дня выявления заболевания или патологического состояния должны быть проконсультированы беременные возраста 17 и менее лет, а также беременные при наличии:

заболеваний сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);

тромбозов, тромбоэмболий и тромбофлебитов в анамнезе и при настоящей беременности;

заболеваний органов дыхания, сопровождающихся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

диффузных заболеваний соединительной ткани, антифосфолипидного синдрома;

заболеваний почек, сопровождающихся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалиями развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

заболеваний печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжелые заболевания);

эндокринных заболеваний (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);

заболеваний органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжелые заболевания);

заболеваний крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней или тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания);

заболеваний нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания);
миастении;
злокачественных новообразований в анамнезе либо выявленных при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
сосудистых мальформаций, аневризм сосудов;
перенесенных в анамнезе черепно-мозговых травм, травм позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
трофобластической болезни в анамнезе;
опухолей репродуктивных органов больших размеров и распространенных форм эндометриоза;
варикозной болезни 3 степени;
жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;
психических заболеваний;
бесплодия любого генеза в анамнезе;
порока развития плода или хромосомных аномалий у плода;
состояний и (или) заболеваний плода (плодов), требующих выполнения внутриутробных медицинских вмешательств;
многоплодной беременности;
задержки роста плода;
изоиммунизации при беременности;
водянки плода.

72. В срок более 22 недель беременности АДКЦ должны быть проконсультированы беременные при наличии:
беременности после экстракорпорального оплодотворения;
беременности с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для оценки возможности проведения родов через естественные родовые пути;
предлежания плаценты;
плаценты, расположенной по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или плаценты, расположенной в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);
подозрения на врастание плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;
поперечного или косого положения плода;
много- и маловодия;
беременности после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах.

73. Беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, обследуются в амбулаторных или стационарных условиях (по медицинским показаниям) в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за

исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии.
В случае отсутствия возможности проведения обследования в указанных в абзаце первом настоящего пункта медицинских организациях, АДКЦ организует проведение консультаций с применением телемедицинских технологий медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).
74. При сроке беременности 27 недель - 31 неделя 6 дней перинатальный консилиум, в состав которого дополнительно включаются врач-сердечно-сосудистый хирург и врач-кардиолог, представляет беременной информацию о дальнейшей тактике наблюдения за течением беременности, наличии (отсутствии) медицинских показаний к досрочному родоразрешению.

При сроке беременности 32 недели - 36 недель 6 дней перинатальным консилиумом, в состав которого дополнительно включаются врач-сердечно-сосудистый хирург, врач-кардиолог и врач-анестезиолог-реаниматолог, беременной предоставляется информация о рекомендуемых сроке, способе и медицинской организации для родоразрешения с учетом функционального класса сердечной недостаточности и динамической ее оценкой, а также течения беременности и особенностей состояния фетоплацентарного комплекса.

75. Беременная с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования, нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающаяся в оказании медицинской помощи в экстренной форме с применением кардиохирургических методов лечения, направляется для проведения соответствующего лечения в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.
В случае отсутствия возможности направления беременной в указанную в абзаце первом настоящего пункта медицинскую организацию, АДКЦ организует проведение консультаций с применением телемедицинских технологий, медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющийся организацией родовспоможения

(акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

76. Оказание медицинской помощи беременным с высоким риском развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией, нуждающимся в медицинской помощи в экстренной форме с применением кардиохирургических методов лечения, осуществляется в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по сердечно-сосудистой хирургии при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, с привлечением, при необходимости родоразрешения, специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи.

77. Беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, направляются в медицинскую организацию, подведомственную федеральным органам исполнительной власти, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

Медицинские показания и дата госпитализации определяются консилиумом врачей (в том числе с применением телемедицинских технологий), в состав которого включаются врач-сердечно-сосудистый хирург и (или) врач-кардиолог и врач-акушер-гинеколог медицинской организации, в которую направляется беременная.

78. Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций и кабинетов врача-акушера-гинеколога направляют беременных на родоразрешение в организацию родовспоможения (акушерский стационар).

79. Беременные, проживающие в населенных пунктах, на значительном удалении от родильных домов (родильных отделений) или РПЦ и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, направляются на дородовую госпитализацию в организации родовспоможения (акушерские стационары), в том числе в отделения акушерского ухода для беременных, для наблюдения, направленного на предупреждение осложнений беременности, продолжения назначенного в амбулаторных условиях лечения и родоразрешения.

III. Оказание медицинской помощи беременным при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития

80. Тактику наблюдения за течением беременности, объем обследования, медицинскую организацию для проведения лечения и родоразрешения, сроки родоразрешения в плановом порядке у беременных при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития определяет перинатальный консилиум.

81. При наличии порока развития плода, сочетающегося с хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями, или наличии множественных пороков развития плода, с целью определения прогноза для здоровья и жизни ребенка, проводится обследование, включающее (при необходимости) генетическое лабораторное исследование, эхокардиографию и магнитно-резонансную и (или) компьютерную томографию плода.

По результатам обследования проводится повторный перинатальный консилиум, в том числе с участием специалистов НМИЦ по профилю выявленных у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития.

82. При решении вопроса о рекомендуемых месте и сроках лечения и родоразрешения беременной с выявленным пороком развития плода, требующим внутриутробного медицинского вмешательства, связанного с хирургической патологией (далее - внутриутробная хирургическая коррекция), либо оказания медицинской помощи новорожденному с хирургической патологией (далее - хирургическая помощь новорожденному), перинатальный консилиум руководствуется следующим:

-в случае, если возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока развития плода, беременная направляется в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь соответствующего вида по перечню, предусмотренному программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период;

-в случае, если необходимо оказание хирургической помощи новорожденному в плановой форме в раннем неонатальном периоде, беременная направляется на родоразрешение в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по детской хирургии и (или) сердечно-сосудистой хирургии, в структуре которой создан перинатальный центр;

-в случае, если после рождения новорожденному потребуется выполнение экстренного хирургического вмешательства, беременная направляется на родоразрешение в РПЦ, имеющий возможность оказания хирургической помощи новорожденному в экстренной форме, в том числе с привлечением врачей-специалистов по профилю порока развития плода из иных медицинских организаций, или в перинатальный центр, имеющий в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией и оснащенный автомобилем скорой медицинской помощи класса "С" для осуществления медицинской эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую

помощь по профилю "детская хирургия" и (или) "сердечно-сосудистая хирургия" в стационарных условиях детям, в целях проведения хирургического вмешательства.

83. Медицинская эвакуация новорожденного из медицинской организации, в которых отсутствует возможность оказания хирургической помощи, осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными консультативными бригадами, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.
84. При невозможности оказания новорожденному с пороком развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетическими нарушениями необходимой медицинской помощи в РПЦ, беременные направляются на родоразрешение в подведомственные федеральным органам исполнительной власти перинатальные центры или медицинские организации, имеющие в структуре перинатальные центры, в которых предусмотрены детские хирургические отделения с койками для новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией ФГБОУ ВО «РостГМУ».

85. При наличии порока развития плода, несовместимого с жизнью, сочетанных пороках развития плода с неблагоприятным прогнозом для жизни, хромосомных аномалиях, генетических нарушениях или пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения, при отсутствии методов эффективного лечения, включенных в раздел "Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения" перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (далее - медицинские показания со стороны плода), беременной с учетом решения перинатального консилиума при участии медицинского психолога предоставляются информация о факторах риска для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, обусловленные медицинскими показания со стороны плода, для последующего принятия беременной решения о сохранении беременности или искусственном прерывании беременности.

86. В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума беременная направляется для искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, не ниже второй группы (уровня), в котором осуществляется верификация диагноза на основе результатов патологоанатомического вскрытия плода, молекулярно-генетических исследований (при необходимости) и экспертной оценки изображений, фиксирующих патологические изменения (статичных и (или) динамичных),

полученных при проведении ультразвукового исследования, а также статических и динамических изображений магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии.

87. Досрочное родоразрешение по медицинским показаниям со стороны плода и отсутствии тяжелой соматической патологии у беременной при сроке беременности 22 недели и более проводится в РПЦ, в котором после рождения ребенка врачами-специалистами осуществляется верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений.

88. Заключение о результатах верификации диагноза (верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений) после искусственного прерывания беременности или рождения ребенка с пороком развития плода и (или) хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями направляется лечащему врачу и в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода и выдается на руки пациенту.

89. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при период беременности, родов и послеродовый период оказывается под контролем специалистов АДКЦ и (или) консультативно-диагностического отделения

IV. Оказание медицинской помощи в период родов и в послеродовый период

90. Беременные (роженицы) направляются на родоразрешение в организацию родовспоможения (акушерский стационар) с учетом медицинских показаний для госпитализации, установленных лечащим врачом, и (или) перинатальным консилиумом, и (или) консилиумом врачей.
91. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в ургентные родильные залы являются:
активная фаза первого периода родов или роды вне организации родовспоможения (акушерского стационара);
состояние беременной (роженицы) и (или) плода, требующее оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.
92. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организации родовспоможения (акушерские стационары) первой группы (уровня), за исключением медицинских организаций, имеющих в своей структуре ургентные родильные залы, являются:
нормально протекающая беременность без соматической и акушерской патологии;
отсутствие медицинских показаний к плановой операции кесарева сечения;
отсутствие высокого риска преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода, определенного по результатам пренатального скрининга I триместра;

отсутствие высокого риска акушерских кровотечений;
отсутствие высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений;
отсутствие высокого риска септических осложнений.

93. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организации родовспоможения (акушерские стационары) второй группы (уровня) являются:

анемия легкой степени;

мертворождение в анамнезе;

анатомическое сужение таза I-II степени;

переношенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

тазовое предлежание плода;

низкое расположение плаценты, подтвержденное результатами ультразвукового исследования на сроке беременности 34-36 недель (за исключением наличия рубца на матке после операции кесарева сечения);

рубец на матке после операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для проведения плановой операции кесарева сечения;

рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения) без признаков несостоятельности и при подтвержденном результатами ультразвукового исследования расположении плаценты не в месте локализации рубца;

антенатальная гибель плода;

преэклампсия умеренная;

психические заболевания;

соматическое заболевание беременной (роженицы), не требующее оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю соматического заболевания, с возможностью применения в период родов диагностических и лечебных мероприятий по коррекции соматических заболеваний, в том числе пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений, компенсированные заболевания органов дыхания (без дыхательной недостаточности), заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит), заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, за исключением отслойки сетчатки в анамнезе), перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза, эндокринные заболевания (гестационный сахарный диабет на диетотерапии без акушерских осложнений и признаков диабетической фетопатии, заболевания щитовидной железы без клинических признаков гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация), варикозная болезнь 1-2 степени.

В организацию родовспоможения (акушерский стационар) второй группы (уровня) РГБУЗ «Зеленчукская ЦРБ» могут быть направлены женщины с показаниями для госпитализации в организацию родовспоможения (акушерский стационар) первой группы (уровня).

94. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организации родовспоможения (акушерские стационары) третьей А группы (уровня) РПЦ являются:

состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод;

осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения;

беременность после экстракорпорального оплодотворения;

рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути;

рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца;

предлежание плаценты;

расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения);

подозрение на врастание плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;

много- и маловодие;

поперечное и косое положение плода;

задержка роста плода;

водянка плода;

проведенная во время данной беременности внутриутробная хирургическая коррекция;

изоиммунизация при беременности;

тяжелая преэклампсия, эклампсия и их осложнения;

врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода;

многоплодная беременность;

беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;

опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенными формами эндометриоза;

трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности;

варикозная болезнь 3 степени;

возраст до 16 лет включительно;

холестаз, гепатоз беременных;

заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);

тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

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

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжелые заболевания);

эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне с отслойкой сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжелые заболевания);

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней и тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;

прочие жизнеугрожающие состояния беременной и плода при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской эвакуации.

В организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей А группы (уровня) РПЦ могут быть направлены женщины с показаниями для госпитализации в организацию родовспоможения (акушерский стационар) второй группы (уровня).

95. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организации родовспоможения (акушерские стационары) третьей Б группы (уровня) являются:

состояния беременной (роженицы) и (или) плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе медицинской помощи в рамках клинической апробации.

В организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей Б группы (уровня) могут быть направлены женщины с показаниями для

госпитализации в организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей А группы (уровня).

96. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи беременным в Республике организуются консультации с врачами организации родовспоможения (акушерского стационара) третьей Б группы (уровня), иных подведомственных федеральным органам исполнительной власти медицинских организаций, в том числе НМИЦ, в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий, для решения вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной.

97. При оказании медицинской помощи в период родов в случаях преждевременных родов госпитализация осуществляется в организацию родовспоможения (акушерский стационар) третьей А группы (уровня)-РПЦ, имеющий отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией.

В случае невозможности доставки роженицы с преждевременными родами в РПЦ либо невозможности направления беременной в организацию родовспоможения (акушерский стационар) при оказании медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с медицинскими показаниями, указанными в пункте 94 настоящего Порядка, беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (родильное отделение) или в медицинскую организацию, в структуре которой создан ургентный родильный зал, с извещением АДКЦ.

98. При поступлении беременной или роженицы в организацию родовспоможения (акушерский стационар) оформляется медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях, форма которой предусмотрена приложением № 4 к приказу № 1130н (далее - учетная форма № 096/1у-20).

В период родов заполняется партограмма учетной формы № 096/1у-20.

99. В организациях родовспоможения (акушерских стационарах) создаются условия для внедрения семейно-ориентированных перинатальных технологий, обеспечивающих:

возможность присутствия отца ребенка или иного члена семьи при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья и отсутствии у отца ребенка или иного члена семьи инфекционных заболеваний (партнерские роды);

выполнение в период родов и в первые дни после рождения комплекса мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных;

максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди в родильном зале (не позднее 1,5-2 часов) после рождения продолжительностью не менее 30 минут (при отсутствии медицинских противопоказаний) и поддержка грудного вскармливания, за исключением родильниц с ВИЧ-инфекцией;

совместное пребывание родильниц и новорожденных в послеродовой период, свободный доступ членов семьи к родильнице и новорожденному (при отсутствии медицинских противопоказаний).

100. Рекомендуемое время пребывания родильницы в организации родовспоможения (акушерском стационаре) при неосложненном течении

послеродового периода после родов через естественные родовые пути - до 3 суток, при неосложненном течении послеродового периода после операции кесарева сечения - до 4 суток.

101. При выписке родильницы, за исключением родильниц с ВИЧ-инфекцией, лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка), осуществляется консультирование по вопросам планирования следующей беременности.

102. После выписки из организации родовспоможения (акушерского стационара) родильница направляется в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы для дальнейшего наблюдения в послеродовой период.

Сведения акушерского стационара о родильнице (талон № 2 учетной формы № 113/у-20) направляются в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы, сведения акушерского стационара о новорожденном (талон № 3 учетной формы № 113/у-20 направляется в детскую поликлинику (детское поликлиническое отделение) по месту жительства (наблюдения) новорожденного и размещаются в медицинской карте пациента, а бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовой период и за новорожденным.

103. В случае выписки родильницы из организации родовспоможения (акушерского стационара) в сроки, указанные в пункте 100 настоящего Порядка, и в случае неявки родильницы в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (для дальнейшего наблюдения в послеродовой период) в течение 14 дней после родов медицинскими работниками (акушером (акушеркой), фельдшером или врачом общей практики (семейным врачом), врачом-акушером-гинекологом) осуществляется посещение родильницы на дому (послеродовый патронаж), в том числе в составе мобильной медицинской бригады.

104. С целью восстановления репродуктивной функции врач-акушер-гинеколог женской консультации или кабинета врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы обеспечивает наблюдение родильницы в послеродовой период, при необходимости направляет родильницу на психологическое консультирование в целях предупреждения, раннего выявления и лечения осложнений послеродового периода.

V. Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, включая проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в период беременности, родов и в послеродовой (послеабортный) период

105. Для организации медицинской помощи, требующей проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в организациях родовспоможения (акушерских стационарах) имеется отделение анестезиологии-реанимации в РПЦ и (или) отделения анестезиологии-

реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) отделения анестезиологии-реанимации, и (или) отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, и (или) палаты реанимации и интенсивной терапии (далее - отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии), а также АДКЦ и выездные консультативные бригады.

106. К основным состояниям и заболеваниям, синдромам и симптомам, требующим проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий и наблюдения в АДКЦ, в период беременности и в течение 42 дней после ее окончания (далее - критические акушерские состояния), относятся:

в части патологии сердечно-сосудистой системы:

остановка кровообращения,

шок любой этиологии,

острое нарушение мозгового кровообращения,

нарушения сознания,

продолжающееся введение вазопрессоров и (или) инотропных препаратов,

нарушения ритма сердца,

острый коронарный синдром,

протезированные клапаны сердца,

недостаточность кровообращения II и более степени по NYHA

тромбоэмболия легочной артерии, подозрение на тромбоэмболию легочной артерии,

эмболия амниотической жидкостью, подозрение на эмболию амниотической жидкостью,

кардиогенный отек легких,

артериальная гипертензия III степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт.ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт.ст.;

в части патологии респираторной системы:

одышка в покое более 25 в минуту,

острый цианоз,

апноэ, патологический тип дыхания,

декомпенсированный респираторный ацидоз,

PaO/FiO < 200 при дыхании атмосферным воздухом, высокопоточной оксигенации или искусственной вентиляции легких более 60 минут,

SpO < 90% по пульсоксиметру более 60 минут,

острый респираторный дистресс-синдром,

тяжелая пневмония,

обострение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких,

аспирационный синдром,

интубация трахеи и искусственная вентиляция легких более 60 минут, не связанная с анестезией;

в части акушерской патологии:

тяжелая преэклампсия, эклампсия,

холестатический гепатоз беременных,

синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы,

аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), связанный с беременностью,

чрезмерная рвота беременных,

гемолиз любой этиологии,

тромботическая микроангиопатия: HELLP-синдром, атипичный гемолитико-уремический синдром, тромботическая тромбопеническая пурпура, антифосфолипидный синдром,

кровопотеря более 1000 мл и (или) продолжающееся кровотечение,

гистерэктомия,

лапаротомия, кроме операции кесарева сечения,

релапаротомия (любые показания),

разрыв матки,

осложнения после прерывания беременности в ранние сроки,

акушерский (хирургический) сепсис;

в части обменно-метаболических расстройств:

билирубин более 30 мкмоль/л без жировой дистрофии,

синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), не связанный с беременностью,

лактат артериальной крови более 2 ммоль/л, не связанный с шоком,

декомпенсированный метаболический ацидоз, не связанный с шоком,

гиперкалиемия более 5,5 ммоль/л,

креатинин более 150 мкмоль/л,

олигоанурия резистентная к введению жидкости,

признаки гипогликемии, гипергликемии, кетоацидоза,

тяжелая анемия (любая этиология),

тромбоцитопения менее 50*10/л,

трансфузия компонентов крови;

в части событий, связанных с оказанием медицинской помощи по профилю "анестезиология и реаниматология":

госпитализация в отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) (любые показания), пребывание в отделении анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) для женщин более 24 часов,

оценка физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса перед акушерской операцией у беременной, для согласования тактики анестезиологического пособия,

осложнения анестезиологического пособия (любые),

осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов.

107. В случае необходимости оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) привлекаются врачи по профилю заболевания, определившего необходимость проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

Основанием для перевода родильниц из отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) в акушерское

физиологическое отделение или акушерское обсервационное отделение, беременных - в отделение патологии беременности (другие профильные структурные подразделения по медицинским показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения является стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций.

108. Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, включая проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в период беременности, родов и в послеродовой (послеабортный) период осуществляется в два этапа:

I этап - вне медицинской организации выездной консультативной бригадой;

II этап - в стационарных условиях в организациях родовспоможения (акушерских отделениях), отделениях анестезиологии-реанимации (палатах реанимации и интенсивной терапии) иных медицинских организаций.

109. При выявлении критического акушерского состояния, после оценки тяжести состояния беременной, роженицы или родильницы, установления предварительного диагноза и оказания медицинской помощи в экстренной форме, медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, сообщает о ситуации в АДКЦ с целью согласования объема медицинской помощи, необходимости вызова специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации или выездной консультативной бригады, а также консультирования и мониторинга состояния беременной, роженицы или родильницы специалистами НМИЦ по профилю критического акушерского состояния и (или) соматического заболевания.

При преждевременных родах и невозможности осуществления медицинской эвакуации роженицы в организацию родовспоможения (акушерский стационар) первой или второй группы (уровня) ввиду тяжести ее состояния или плохой транспортной доступности, медицинских работник, оказывающий медицинскую помощь, сообщает о ситуации в АДКЦ и неонатологический дистанционный консультативный центр, организуемый в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по анестезиологии и реаниматологии, для согласования объема медицинской помощи, в том числе с привлечением выездных педиатрических бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденным.

110. В муниципальных районах, имеющих населенные пункты, расположенные на значительном удалении от родильных домов (родильных отделений) или РГБЛПУ «РПЦ» и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и соматической патологией в экстренной и неотложной формах осуществляется выездной консультативной бригадой.

Необходимость выезда, состав выездной консультативной бригады и объем медицинской помощи определяет АДКЦ.

VI. Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с ВИЧ-инфекцией

111. Наблюдение за течением беременности у беременных с ВИЧ-инфекцией осуществляется совместно врачом-акушером-гинекологом медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и врачом-инфекционистом центра профилактики и борьбы со СПИД, с реализацией следующих мероприятий:

разработка плана наблюдения за течением беременности;

отражение в медицинской документации беременной с ВИЧ-инфекцией (учетной форме № 111/у-20, учетной форме № 113/у-20) уникального номера регистровой записи в Федеральном регистре лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (постановление Правительства Российской Федерации от 8 апреля 2017 г. № 426 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом"), схемы антиретровирусной терапии, проводимой во время беременности, данных лабораторных и клинических исследований, рекомендаций по схемам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности;

проведение работы по формированию приверженности у беременной с ВИЧ-инфекцией к наблюдению за течением беременности и антиретровирусной терапии;

контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов для медицинского применения (далее - антиретровирусные лекарственные препараты);

обеспечение при отказе беременной с ВИЧ-инфекцией от мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку немедленного информирования руководителя медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности у беременной с ВИЧ-инфекцией, и центра профилактики и борьбы со СПИД, о сложившейся ситуации;

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

своевременное проведение лабораторных исследований в целях мониторинга эффективности и безопасности антиретровирусной терапии в соответствии с планом наблюдения за течением беременности;

взаимодействие организации родовспоможения (акушерского стационара) и центра профилактики и борьбы со СПИД по вопросам продолжения антиретровирусной терапии и родоразрешения.

112. Врач-акушер-гинеколог МО, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, при наблюдении за течением беременности у беременной с ВИЧ-инфекцией:

размещает в медицинской документации беременной с ВИЧ-инфекцией (учетной форме № 111/у-20, учетной форме № 113/у-20) при соблюдении конфиденциальности информацию о течении беременности, сопутствующих

заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию, информацию о приеме (отказе от приема) антиретровирусных лекарственных препаратов и направляет информацию в центр профилактики и борьбы со СПИД, подведомственный Министерству здравоохранения Карачаево-Черкесской республики;

согласовывает изменения в план наблюдения за течением беременности, схемы и режимы приема антиретровирусных лекарственных препаратов.

113. При поступлении на роды в организацию родовспоможения (акушерский стационар) беременных, необследованных на ВИЧ-инфекцию, беременных без медицинской документации или при отсутствии результатов обследования на ВИЧ-инфекцию при беременности, при наличии высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией независимо от количества обследований на ВИЧ-инфекцию во время беременности проводится лабораторное исследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ-инфекции.

114. Лабораторное исследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ-инфекции в организации родовспоможения (акушерском стационаре) сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, на котором беременной предоставляется информация о значении указанного исследования, методах профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (применении антиретровирусных лекарственных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

115. Лабораторное исследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ-инфекции проводится в клинико-диагностической (микробиологической) лаборатории или приемном отделении организации родовспоможения (акушерского стационара) медицинскими работниками, прошедшими повышение квалификации по вопросам диагностики ВИЧ-инфекции.

116. Каждое лабораторное исследование экспресс-методом на ВИЧ-инфекцию сопровождается исследованием того же образца биологического материала (крови) методами иммуноферментного анализа или иммунного блоттинга в клинико-диагностической (микробиологической) лаборатории.

Результаты указанного исследования передаются в медицинскую организацию по месту забора образца биологического материала (крови).

117. Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в организации родовспоможения (акушерском стационаре) предусматривается наличие запаса антиретровирусных лекарственных препаратов.

118. Проведение мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды.

119. Во время ведения родов у роженицы с ВИЧ-инфекцией при живом плоде ограничивается проведение акушерских пособий, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция, эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода.

120. При наличии медицинских противопоказаний к проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку с использованием антиретровирусной терапии в родах в качестве самостоятельной

профилактической процедуры, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, применяется операция кесарева сечения.

121. Окончательное решение о способе родоразрешения роженицы с ВИЧ-инфекцией принимается врачом-акушером-гинекологом, ведущим роды, с учетом рекомендаций врача-инфекциониста центра профилактики и борьбы со СПИД, состояния роженицы и плода, с сопоставлением в конкретной ситуации пользы от снижения риска заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции у роженицы.

122. После родов не осуществляется раннее прикладывание ребенка к груди, проводится консультирование родильниц с ВИЧ-инфекцией по вопросу отказа от грудного вскармливания.

123. У новорожденного, рожденного матерью с ВИЧ-инфекцией, сразу после рождения осуществляется забор образца биологического материала (крови) для лабораторного исследования на антитела к ВИЧ-инфекции методом иммуноферментного анализа с помощью вакуумных систем для забора крови, который направляется в клинико-диагностическую лабораторию центра профилактики и борьбы со СПИД.

124. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности, способах родоразрешения и вскармливания новорожденного указываются в медицинской документации родильницы с ВИЧ-инфекцией и ребенка и передаются в центр профилактики и борьбы со СПИД, а также в детскую поликлинику (детское поликлиническое отделение), в которой (котором) будет наблюдаться ребенок.

VII. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

125. Основными задачами организации оказания медицинской помощи женщинам является сохранение репродуктивного здоровья путем профилактики, раннего выявления, лечения заболеваний женских половых органов и молочных желез, диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения женщин с заболеваниями женских половых органов и молочных желез, проведения санитарно-гигиенического просвещения и гигиенического обучения с использованием информационно-просветительских технологий, направленного на формирование мотивации к здоровому образу жизни, сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, профилактику инфекций, передающихся преимущественно половым путем, формирование позитивных репродуктивных установок, направленных на рождение детей и многодетность, профилактики искусственного прерывания беременности, сохранение и укрепление традиционных семейных и духовно-нравственных ценностей, обеспечение преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи, оказания своевременной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

126. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется санитарно-гигиеническое просвещение, проводятся школы репродуктивного здоровья, профилактические мероприятия, в том числе профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, включая диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передающихся преимущественно половым путем, обеспечивается планирование беременности.

127. По результатам профилактических медицинских осмотров и диспансеризации женщин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья формируются группы репродуктивного здоровья женщин.

128. Медицинская помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями в стационарных условиях оказывается с учетом медицинских показаний для направления женщин в гинекологические отделения.

129. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, первой группы (уровня) являются:

состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

состояния, требующие оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме.

130. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, второй группы (уровня) являются:

состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующей оказания специализированной медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах с использованием современных медицинских технологий, в том числе с привлечением врачей-эндоскопистов и (или) иных врачей-специалистов;

осложнения течения беременности при сроке беременности до 21 недели и 6 дней;

искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума.

131. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения МО , оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А группы (уровня) - РПЦ являются:

состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-

септическими осложнениями после искусственного прерывания беременности или родов;

внематочная (эктопическая) беременность;

осложнения течения беременности при сроке беременности до 21 недели и 6 дней при наличии соматических заболеваний в стадии декомпенсации;

заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом (3-4 степени), с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения;

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

реконструктивные операции на матке у женщин репродуктивного возраста с истончением рубца на матке и формированием "ниши" стенки матки после операции кесарева сечения;

хирургическое лечение аномалий матки с использованием метода 3D ультразвукового исследования и реконструктивно-пластических операций;

искусственное прерывание беременности у беременных с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в месте локализации рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений;

искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума.

132. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей Б группы (уровня) являются состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением медицинской помощи в рамках клинической апробации.

133. При поступлении женщины с гинекологическим заболеванием в гинекологическое отделение оформляется карта пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного), форма которой предусмотрена приложением № 7 к приказу № 1130н.

134. При выписке женщины с гинекологическим заболеванием из гинекологического отделения обеспечивается преемственность в оказании медицинской помощи с медицинскими организациями, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, с целью сохранения репродуктивного здоровья.

135. Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается с соблюдением принципов онконастороженности.

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

137. Тактика наблюдения женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью к категории "Системы данных результатов визуализации молочных желез" (BI-RADS):

0 категория - направляются на консультацию врача-онколога для определения дальнейшей тактики наблюдения;

1 и 2 категории - наблюдаются врачом-акушером-гинекологом;

3 категория - направляются к врачу-онкологу для верификации диагноза;

4-6 категории - наблюдаются врачом-онкологом.

При исключении злокачественных новообразований диспансерное наблюдение женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез проводится врачом-акушером-гинекологом с учетом сопутствующего гинекологического заболевания.

138. Женщинам с хроническими гинекологическими заболеваниями устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н.

VIII. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

139. Медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями младше 15 лет, а также несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, больным наркоманией младше 16 лет, оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя.

140. В рамках первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями осуществляется в том числе:

индивидуальное консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями и (или) их законных представителей по вопросам интимной гигиены, охраны репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения, в том числе профилактики инфекций, передающихся преимущественно половым путем, профилактики искусственного прерывания беременности и выбора метода контрацепции;

групповое консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями и (или) их законных представителей в школах репродуктивного здоровья, санитарно-гигиеническое просвещение, направленное на ознакомление с нормальной физиологией полового созревания, с основными проявлениями гинекологических заболеваний и нарушениями полового развития, патологии молочных желез, требующими обращения к врачу-акушеру-гинекологу.

Индивидуальное и групповое консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями и (или) их законных представителей проводится в женских консультациях, кабинетах врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних, детских поликлиниках (детских поликлинических отделениях), центрах (отделениях) охраны репродуктивного здоровья подростков с использованием информационно-просветительских технологий с учетом возрастных психологических особенностей.

141. В рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье несовершеннолетнего.

142. Прием (осмотр, консультация) врачом-акушером-гинекологом несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями осуществляется в присутствии медицинской сестры (медицинского брата) и (или) акушера (акушерки).

143. Медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, направляет несовершеннолетнюю на прием (осмотр, консультацию) к врачу-акушеру-гинекологу в случае выявления у несовершеннолетней:

зуда, жжения, покраснения, высыпания, расчесов, эрозии, налетов, участков лихенификации кожи наружных половых органов и влагалища;

сращения малых половых губ;

папиллом, кондилом и опухолевидных образований на кожных покровах наружных половых органов и промежности;

выделений из половых путей патологического характера;

кровяных выделений из половых путей различной интенсивности и продолжительности;

травматических (бытовых и насильственных) повреждений наружных половых органов, вульвы и влагалища;

патологических анализов мочи (бактериурии, лейкоцитурии, гематурии и иных);

тазовой боли;

изменения формы и величины живота;

увеличения молочных желез и роста волос на лобке в возрасте до восьми лет;

ускоренного физического и полового развития в возрасте до восьми лет;

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

перерыва в менструациях более чем на 48 дней в пубертатном периоде (с менархе);

отсутствия менструации в возрасте пятнадцати лет и старше;

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

наличия стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости;

нарушения строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофии клитора и малых половых губ, урогенитального синуса, отсутствия входа во влагалище, свищей с вовлечением женских половых органов;

аплазии, гипоплазии, гипермастии, гигантомастии, асимметрии и других аномалий, доброкачественной дисплазий молочных желез и узловых образований молочных желез, мастита в пубертатном периоде;

отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от восьми лет) более чем на 10%;

повышенного роста волос и оволосения по мужскому типу;

задержки физического развития;

низкорослости (рост 150 см и менее) (у несовершеннолетних старше 14 лет);

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

состояния после хирургических вмешательств на органах брюшной полости;

реконвалесценции после перенесенных инфекционных заболеваний и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

наличия признаков патологии матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

начала сексуальных отношений;

необходимости консультирования в целях индивидуального подбора метода контрацепции.

144. По результатам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних формируются группы репродуктивного здоровья.

145. Несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями подлежат диспансерному наблюдению врачом-акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по специальности "акушерство и гинекологи" по вопросам формирования репродуктивной системы и течения заболеваний (состояний) женских половых органов и молочных желез у детей, включающее проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, основанных на клинических рекомендациях.

146. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями и заболеваниями молочных желез, требующими хирургического лечения в экстренной и неотложной форме, оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и (или) детской хирургии (или хирургии при оказании хирургической помощи в экстренной или неотложной форме), в структуре которых создано отделение анестезиологии-реанимации.

При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних преимущественно используется малоинвазивный

доступ (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

Решение об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренного хирургического вмешательства врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами (при оказании хирургической помощи в экстренной или неотложной форме) согласовывается с врачом-акушером-гинекологом, в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

147. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями и заболеваниями молочных желез в плановой форме оказывается по направлению врача-акушера-гинеколога или иного медицинского работника в стационарных условиях или условиях дневного стационара в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), педиатрии и детской хирургии (при наличии у несовершеннолетней хирургической патологии), и располагающих койками гинекологическими для детей.

Решение об объеме и этапности плановых хирургических вмешательств у несовершеннолетней с аногенитальными и (или) урогенитальными аномалиями (пороками развития) принимается консилиумом врачей, в состав которого включаются врач-акушер-гинеколог, врач-детский хирург, врач-детский уролог-андролог.

Оперативное лечение несовершеннолетней с аногенитальными и (или) урогенитальными аномалиями (пороками развития) осуществляется в гинекологических отделениях для несовершеннолетних медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей группы (уровня) и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по педиатрии и детской хирургии.

При достижении несовершеннолетними с гинекологическими заболеваниями возраста 18 лет с целью обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи выписки из их медицинской документации (переводные эпикризы) направляются в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

IX. Оказание медицинской помощи при искусственном прерывании беременности

148. Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания

беременности), и акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

149. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

150. Искусственное прерывание беременности проводится:

не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности четвертая - седьмая недели или при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, 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 недели беременности.

151. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности.

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

153. При первичном обращении беременной с целью искусственного прерывания беременности медицинский работник, к которому обратилась беременная, предлагает пройти мотивационное анкетирование и направляет беременную в кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, или центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, для прохождения психологического доабортного консультирования (далее - доабортное консультирование), оказания правовой, психологической и медико-социальной помощи, а также выдает направление на ультразвуковое исследование органов малого таза и (или) плода.

154. Доабортное консультирование проводится с целью принятия беременной осознанного, самостоятельного и ответственного решения о сохранении беременности или об искусственном прерывании беременности и направлено на повышение количества беременных, отказавшихся от искусственного прерывания беременности.

155. Доабортное консультирование проводится медицинским психологом (психологом) или медицинским работником, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, прошедшим повышение квалификации по вопросам психологического консультирования беременных в ситуации репродуктивного выбора (доабортное консультирование) (далее - обученный медицинский работник).

При отсутствии в медицинской организации, в которую обратилась беременная с целью искусственного прерывания беременности, кабинета психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в

трудной жизненной ситуации, или центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, либо медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника беременная направляется в медицинскую организацию, в структуре которой создан кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, или центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и имеющую медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника.

156. При проведении ультразвукового исследования органов малого таза и (или) плода у беременной, обратившейся в медицинскую организацию с целью искусственного прерывания беременности в отсутствие медицинских показаний для искусственного прерывания беременности на сроке беременности до двенадцати недель, в процессе ультразвукового исследования проводится демонстрация изображения плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиения эмбриона (плода) (при наличии).

157. В случае принятия беременной, обратившейся в медицинскую организацию с целью искусственного прерывания беременности, решения о сохранении беременности, наблюдение за течением беременности и послеродового периода осуществляется с проведением дополнительных консультаций медицинского психолога (психолога).

158. При наличии у беременной медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности либо заболеваний (состояний), при которых искусственное прерывание беременности наносит значительный вред здоровью беременной или представляет угрозу для ее жизни, вопрос о проведении искусственного прерывания беременности решается индивидуально перинатальным консилиумом с учетом срока беременности.

159. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний для искусственного прерывания беременности наблюдение за течением беременности осуществляется с обязательным проведением консультаций специалистами АДКЦ и специалистами НМИЦ по профилю соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

160. Искусственное прерывание беременности при сроке беременности до двенадцати недель осуществляется в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности) и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), а также анестезиологии и реаниматологии.

161. Искусственное прерывание беременности в условиях дневного стационара проводится в медицинской организации при наличии операционной и врача-анестезиолога-реаниматолога круглосуточно непосредственно в здании, в котором размещен дневной стационар, или в ином здании данной медицинской организации с операционной и врачом-

анестезиологом-реаниматологом круглосуточно и обеспечением транспортировки пациентки до него не более 20 минут выездной бригадой скорой медицинской помощи.

162. Искусственное прерывание беременности при сроке беременности с двенадцати до двадцати двух недель осуществляется в стационарных условиях.

163. Искусственное прерывание беременности при наличии у беременной сердечно-сосудистых заболеваний, требующих применения кардиохирургических методов лечения, включенных в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, на сроке беременности до 22 недель проводится в гинекологическом отделении многопрофильной медицинской организации, оказывающий специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А – РПЦ или третьей Б группы (уровня), в структуре которой создано кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии и (или) кардиохирургическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии.

164. Искусственное прерывание беременности у беременных с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в месте локализации рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений осуществляется в гинекологических отделениях медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А - РПЦ или третьей Б группы (уровня).

165. При выявлении у беременной заболевания (состояния), включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, в течение 7 календарных дней со дня установления диагноза созывается перинатальный консилиум, в состав которого включается в том числе врач-специалист по профилю соматического заболевания беременной, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, на котором рекомендуется медицинская организация для проведения искусственного прерывания беременности.

В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, при сроке беременности до 22 недель, беременная направляется для проведения искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение РПЦ или третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по профилю тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, и по анестезиологии и реаниматологии.

166. В медицинских организациях, проводящих искусственное прерывание беременности и оказывающих специализированную медицинскую помощь в

период беременности, беременные, планирующие искусственное прерывание беременности, и беременные с угрозой прерывания беременности, желающие сохранить беременность, размещаются в разных гинекологических отделениях или разных палатах при наличии одного гинекологического отделения в медицинской организации.

167. Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности, форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2025 г. № 136н.

168. Искусственное прерывание беременности проводится врачом-акушером-гинекологом.

169. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обезболиванием.

170. Искусственное прерывание беременности проводится с использованием лекарственных препаратов для медицинского применения (медикаментозный метод) или вакуум-аспирации содержимого полости матки (хирургический метод).

171. При проведении искусственного прерывания беременности в условиях дневного стационара медикаментозным методом женщина находится под наблюдением врача-акушера-гинеколога не менее 1,5-2 часов после приема лекарственных препаратов для медицинского применения.

При проведении искусственного прерывания беременности в условиях дневного стационара хирургическим методом продолжительность наблюдения женщины после применения вакуум-аспирации содержимого полости матки и при отсутствии осложнений определяется врачом-акушером-гинекологом, проводящим искусственное прерывание беременности, с учетом состояния женщины и составляет не менее 3-4 часов.

172. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации проводятся лечебно-профилактические мероприятия по профилактике Rh-изосенсибилизации.

173. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого представляется информация о симптомах возможных осложнений, при появлении которых следует незамедлительно обратиться к врачу, а также по вопросам профилактики искусственного прерывания беременности, прегравидарной подготовки и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

После искусственного прерывания беременности осмотр врача-акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 10-15 дней.