



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З**

от 29.04.2021 № 333-Д  
Великий Новгород

**Об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в государственных медицинских организациях Новгородской области**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в Новгородской области,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

Схему маршрутизации женщин в период беременности и родов на стационарное лечение в государственные медицинские организации Новгородской области, согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период родов и после родов, согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

Схему маршрутизации женщин в период родов на родоразрешение в акушерские стационары, согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода, согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период, согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

Положение о врачебной комиссии по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной

патологией (неинфекционной и инфекционной), согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

Перечень экстрагенитальных заболеваний, являющихся основанием для направления беременных женщин на врачебную комиссию по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией (неинфекционной) ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница», согласно приложению № 9 к настоящему приказу;

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период, согласно приложению №10 к настоящему приказу;

Шкалу оценки перинатальных факторов риска в баллах, согласно приложению № 11 к настоящему приказу.

Схему маршрутизации женщин с гинекологическими заболеваниями, согласно приложению №12 к настоящему приказу;

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Новгородской области:

2.1. организовать оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период в соответствии с настоящим приказом ;

2.2. обеспечить информирование населения об оказании медицинской помощи женщинам Новгородской области в период беременности, родов и в послеродовой период в соответствии с настоящим приказом.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить главного консультанта департамента охраны здоровья населения и ведомственного контроля качества медицинской помощи министерства здравоохранения Новгородской области И.Л. Истомину.

**Министр**



**Р.Х. Ломовцева**



## **М Е Р О П Р И Я Т И Я** **по организации оказания медицинской помощи женщинам** **в период беременности**

1. Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности (далее – Мероприятия) регулируют оказание медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)».

2. Действие Мероприятий распространяется на медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

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

4. В малочисленных населенных пунктах первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах акушеркой, фельдшером или, в случае их отсутствия, – медицинской сестрой.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам в период беременности с целью профилактики, диагностики и лечения ее осложнений оказывается в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете медицинской организации и/или её структурных подразделений) в порядке организации деятельности, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее приказ № 1130н).

6. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется на основании маршрутизации, согласно приложениям № 2 и № 4, утвержденным приказом министерства здравоохранения Новгородской области от 29.04.2021 № 333-Д «Об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в государственных медицинских организациях Новгородской области» (далее приказ № 333-Д) с



учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

7. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

врачом-акушером-гинекологом – не менее пяти раз;

врачом-терапевтом – не менее двух раз (первый осмотр не позднее 7–10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);

врачом-стоматологом – не менее одного раза;

врачом-офтальмологом – не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

врачом генетиком – при наличии показаний (отягощенный семейный анамнез по врожденной и наследственной патологии, отягощенный акушерский анамнез, возраст женщины старше 35 лет, воздействие неблагоприятных факторов в период предшествующий зачатию и в эмбриональном периоде (острые инфекционные заболевания, прием лекарственных препаратов, профессиональные вредности, тяжелые экстрагенитальные заболевания), позитивный биохимический скрининг, наличие ультразвуковых маркеров патологии плода, выявленные врожденные пороки развития у плода).

8. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протокол лечения), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

9. Стационарная медицинская помощь женщинам в период беременности осуществляется:

- при акушерской патологии в отделениях патологии беременности родильных домов (отделений);

- при экстрагенитальной патологии в специализированных отделениях медицинских организаций области или многопрофильных учреждениях здравоохранения;

10. Пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка подлежат все беременные женщины, проживающие в Новгородской области, обратившиеся за медицинским наблюдением по беременности.

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

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

12. На первом этапе при сроке беременности 11–14 недель беременная женщина направляется в центр пренатальной диагностики ГОБУЗ «Областной



клинический родильный дом» для проведения ультразвукового исследования (далее – УЗИ) врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода), и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св.  $\beta$ -ед.ХГЧ).

В целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, при сроке беременности 11–14 недель беременной женщине выполняется измерение роста, веса, артериального давления, ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11–14 недель беременности согласно приложению № 7 к приказу № 1130н и выдаются на руки пациентке.

Проводится биохимический анализ крови на уровень материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св.  $\beta$ -ед. ХГЧ). На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и УЗИ посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии.

Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в медицинскую организацию по месту наблюдения беременной женщины в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом-акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций.

Беременная женщина с высоким риском (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии направляется в отделение антенатальной охраны плода ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» с целью реализации комплекса организационных и медицинских мероприятий по профилактике перинатальных осложнений

Беременная женщина должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

В случае подтверждения высокого риска ХА и/или ПРП ассоциированных с ХА, пациентке проводится инвазивное обследование (амниоцентез в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом»; биопсия ворсин хориона в федеральных бюджетных учреждениях Министерства здравоохранения Российской Федерации).



Проводится генетическая диагностика полученного материала и оформляется заключение врача-генетика.

Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в медицинскую организацию по месту наблюдения беременной женщины, выдаются на руки пациентке.

На втором этапе при сроке беременности 19–21 неделя беременные женщины с низким и высоким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11–14 недель, направляются в центр пренатальной диагностики ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» с целью проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в сроке беременности 19-21 неделя согласно приложению № 9 к приказу № 1130н и выдаются на руки пациентке.

В случае выявления (подтверждения) высокого (1/100 и выше) риска ХА и/или при ПРП, ассоциированных с ХА, пациентке проводится инвазивное обследование (амниоцентез) в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» с лабораторной диагностикой биологического материала на базе ГОБУЗ «Новгородский областной онкологический диспансер».

Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в медицинскую организацию по месту наблюдения беременной женщины в электронном виде (по защищенному каналу связи) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

Пренатальный скрининг первого триместра (при сроке беременности 11–14 недель) с определением риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии и второго триместра беременности осуществляется в центре пренатальной диагностики ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом».

При сроке беременности 30-34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода.

Беременная женщина группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода, предлежание плаценты) и, в случае несоответствия высоты дна матки (ВДМ) сроку беременности согласно гравидограмме, направляется на проведение УЗИ плода при сроке беременности 30-34 недели для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода.

По результатам обследования лечащий врач представляет беременной женщине информацию о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах



проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

13. В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП, выявления перинатальных осложнений при сопутствующей патологии у беременной женщины в любые сроки беременности, пациентка направляется на Перинатальный консилиум на базе ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» в соответствии с приказом министерства здравоохранения Новгородской области от 31.08.2017 № 612-Д «Об утверждении положения об областной перинатальном консилиуме».

Перинатальный консилиум обеспечивает рассмотрение каждого случая, выявленного пренатально нарушения развития ребенка по заключению врача-генетика или по направлению медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение беременной женщины в любые сроки беременности.

14. При наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, беременной женщине предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

15. Искусственное прерывание беременности при наличии врожденного или наследственного заболевания у плода осуществляется до 22 недель гестации в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом».

16. При проведении прерывания беременности в связи с ПРП, в случае перинатальной смерти проводится верификация диагноза на основе патолого-анатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, а также данных магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии.

Верификация антенатального диагноза ПРП или ХА после рождения ребенка осуществляется профильными специалистами.

Заключение о результатах верификации пренатального диагноза после прерывания беременности или рождения ребенка с ПРП или ХА направляется в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» (по защищенному каналу связи) и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или выдается на руки пациентке.

17. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ПРП или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с приложением № 1 к приказу № 333-Д.

18. С целью проведения дифференциальной диагностики патологии плода (при необходимости) врачи ультразвуковой диагностики ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» осуществляют телемедицинскую консультацию в режиме on-line со специалистами ультразвуковой диагностики федеральных государственных учреждений Российской Федерации.

19. Если по заключению Перинатального консилиума возможна



хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в федеральные клиники.

20. При наличии врожденных аномалий (пороков развития) новорожденного, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, беременной женщине проводится очный консилиум врачей в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом», в состав которого входят врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, специалист по профилю с учетом выявленного порока развития плода, составляется план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в хирургическом отделении.

21. При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду, для проведения фетальной хирургической помощи по заключению Перинатального консилиума беременная женщина направляется в федеральные государственные учреждения.

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Новгородской области, беременная женщина или новорожденный по заключению консилиума врачей направляется в федеральные государственные учреждения.

22. Диспансерное наблюдение женщин в период беременности осуществляется согласно утвержденного приказа №1130н.

23. Основными критериями качества работы женской консультации являются:

- 1) показатель ранней постановки на учет по беременности (до 12 недель);
- 2) доля женщин, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;
- 3) показатель числа искусственных абортов на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 детей, родившихся живыми;
- 4) соблюдение клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи, с учетом критериев качества, предусмотренных клиническими рекомендациями;
- 5) доля преждевременных родов в перинатальном центре (акушерском стационаре, специализирующемся на оказании медицинской помощи при преждевременных родах) от общего числа преждевременных родов;
- 6) доля ВИЧ-инфицированных беременных, имеющих неопределяемый уровень вирусной нагрузки перед родами;
- 7) показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- 8) отсутствие ВПР у плода, не выявленных во время беременности;
- 9) разрыв матки вне стационара;
- 10) несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней и высокой степени тяжести, обусловленной беременностью (госпитализация бригадой СМП);
- 11) несвоевременное направление в стационар при переношенной беременности;



12) доля женщин, охваченных скринингом на выявление злокачественных новообразований шейки матки и молочной железы;

13) удовлетворенность пациентов, оказываемой медицинской помощью.

24. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

25. В период диспансерного наблюдения беременной женщины группы высокого риска, заведующая женской консультации (или иное, уполномоченное на контроль за работой акушерско-гинекологической службы, в медицинской организации) осуществляет осмотр пациентки в динамике с целью уточнения тактики ведения, определения медицинской организации и сроков планового родоразрешения.

26. Врачи женских консультаций (акушерско-гинекологических кабинетов) осуществляют плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

27. Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций (акушерско-гинекологических кабинетов) осуществляют направление беременных женщин на родоразрешение в стационар в соответствии с приложениями № 2 и № 4 приказа № 333-Д.

28. В случае выявления у беременной женщины тяжелой экстрагенитальной патологии, для решения вопроса о пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией, пациентка направляется на врачебную комиссию (далее – врачебная Комиссия) в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» с привлечением специалистов по профилю заболевания, с целью проведения адекватного объема диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса о прерывании или пролонгировании беременности.

Врачебная Комиссия осуществляет работу в соответствии с приложением № 8 к приказу № 333-Д.

29. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Новгородской области, беременная женщина с тяжелой экстрагенитальной патологией, в т. ч. требующей оказания высокотехнологичной медицинской помощи, по заключению консилиума врачей направляется в федеральные государственные учреждения.

30. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

При отсутствии в медицинской организации врача-акушера-гинеколога, медицинская помощь может оказываться врачами-акушерами-гинекологами иных медицинских организаций.

Стационарная помощь женщинам в период беременности с экстрагенитальной патологией легкой и средней степени тяжести оказывается



в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом (ежедневно).

31. При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар.

32. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

33. В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более госпитализация женщины осуществляется в акушерский стационар ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом».

В случае невозможности доставки женщины с преждевременными родами в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом», беременная женщина (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (отделение), при этом вызывается выездная анестезиолого-реанимационной неонатальной бригада АРКЦ ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и при гинекологической патологии вызывается при декомпенсированной экстрагенитальной патологии (с привлечением смежных специалистов) и акушерских осложнениях.

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

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

При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей специалистов, врачом акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется медицинская организация планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение.

35. Ответственность за соблюдение принципов маршрутизации возлагается на главных врачей медицинских организаций, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь женщине в период беременности, родов и после родов, также на главного врача скорой медицинской помощи.

36. При госпитализации беременной женщины в отделение патологии беременности круглосуточного акушерского стационара определяется группа перинатального и материнского риска на основании шкалы перинатального



риска (далее – шкала) согласно приложению № 10 к приказу № 333.

Шкала вклеивается в медицинскую карту беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях (форма № О96/у-20).

При госпитализации беременной женщины в родовое отделение круглосуточного акушерского стационара так же определяется группа перинатального и материнского риска на основании шкалы с целью уточнения тактики ведения родов, определения рисков возможных осложнений, предупреждения и ранней диагностики возможных осложнений родов, послеродового периода, патологии плода и патологии новорожденного.

При пересмотре рисков в сторону высокого риска пациентка перемаршрутизируется в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» (с учетом состояния).

37. Перевод беременной женщины врачом акушером-гинекологом из одной медицинской организации в другую осуществляется после предварительного согласования с администрацией медицинской организации и администрацией медицинской организации, в которую переводится пациент.

38. При принятии решения о транспортировке женщин в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта, выкидыша, внематочной беременности) из одной медицинской организации в другую (в том числе при отказе данной категории граждан от стационарного лечения) незамедлительно в круглосуточном режиме предоставляется информация главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии министерства здравоохранения Новгородской области.

39. Беременные женщины, пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях, в г. Великий Новгород доставляются в ближайшее к месту происшествия учреждение здравоохранения: ГОБУЗ «Центральная городская клиническая больница», ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница». В городах и районах области – в ближайшую больницу, имеющую травматологическое или хирургическое отделение с последующим вызовом бригады необходимых специалистов.

40. Беременные женщины, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, заблаговременно направляются на родовую госпитализацию в отделения акушерского ухода для беременных женщин для наблюдения в порядке, утвержденном приказом № 1130н.

41. В дневные стационары направляются женщины в сроке беременности до 22 недель и в послеродовой период, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, не требующей круглосуточного пребывания в медицинской организации в порядке, утвержденном приказом № 1130н.

Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре не более 4-6 часов в сутки.

42. В амбулаторно-консультативном отделении ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» должны быть проконсультированы беременные женщины группы высокого риска для определения акушерской тактики и места родоразрешения, а также должно осуществляться дистанционное динамическое

наблюдение за состоянием беременных женщин группы высокого риска, находящихся в медицинской организации первого и второго уровня.



Приложение № 2  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Новгородской области  
от 29.04.2021 № 333-Д

**СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИ**  
**женщин в период беременности и родов на стационарное лечение**  
**в государственные медицинские организации Новгородской области**

№/№	Показания для госпитализации	Наименование медицинской организации на госпитализацию
1	2	3
1	<p>1.1 Стационарная помощь женщинам в период беременности и родов группы высокого и среднего рисков</p> <p>1.2 Искусственное прерывание беременности при наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, несовместимых с жизнью (при наличии решения областной контрольно-экспертной комиссии по прерыванию беременности со стороны плода независимо от срока беременности)</p> <p>1.3 Стационарная помощь женщинам, больным туберкулезом, в период беременности и родов</p> <p>1.4 Стационарная помощь женщинам в период беременности при компенсированной и субкомпенсированной экстрагенитальной патологией</p>	<p>ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» (все районы области)</p>
2	<p>2.1 Стационарная помощь женщинам в период беременности и родов группы низкого риска</p>	<p>ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» (Великий Новгород, Новгородский район, Шимский район, Маловишерский район, Чудовский район, Батецкий район)</p> <p>ГОБУЗ «Боровичская ЦРБ» (Боровичи, Боровичский район, Любытинский район, Хвойнинский район, Пестовский район, Мошенской район, Валдайский район, Окуловский район, Крестецкий район)</p> <p>ГОБУЗ «Старорусская ЦРБ» (Старая Русса, Старорусский район, Демянский район, Парфинский район, Поддорский район, Холмский район, Маревский район, Волотовский район, Солецкий район)</p>

1	2	3
3	3.1 Стационарная помощь женщинам в период беременности при декомпенсированной экстрагенитальной патологией	ГБОУЗ «Новгородская областная клиническая больница»

\*родильницы после родов, прошедших вне стационара, госпитализируются в родовспомогательные учреждения по месту жительства



## **М Е Р О П Р И Я Т И Я**

### **по организации оказания медицинской помощи женщинам в период родов и после родов**

1. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и «акушерскому делу».

2. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи:

1) первая группа (уровень) – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в составе urgentный родильный зал, организованный в соответствии с Правилами организации деятельности urgentного родильного зала согласно приложению № 23 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

2) вторая группа (уровень) – акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилированные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных: ГОБУЗ «Старорусская ЦРБ»; ГОБУЗ «Боровичская ЦРБ»

3) третья А группа (уровень) – ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом», имеющий в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

4) третья Б группа (уровень) – акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным,



разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии и осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации.

3. Госпитализация женщин в период родов осуществляется в соответствии с критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и по схеме маршрутизации женщин в период родов на родоразрешение в акушерские стационары в соответствии с приложением № 4 к приказу министерства здравоохранения Новгородской области от 29.04.2021 № 333-Д «Об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в государственных медицинских организациях Новгородской области».

4. В акушерских стационарах по месту госпитализации оказывается медицинская помощь женщинам в период беременности и родов при следующих состояниях:

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

5. Направление беременных женщин (рожениц) в акушерские стационары осуществляется в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами.

6. В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды.

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

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

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

7. В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку при наличии в учреждении соответствующих условий.

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

Выписка родильницы из акушерского стационара после физиологических родов осуществляется на 4 сутки после проведения неонатального скрининга и проведения БЦЖ новорожденному на третьи сутки.

В случае выписки родильницы и новорожденного из акушерского стационара в более ранние сроки, неонатальный скрининг осуществляется на амбулаторном этапе специалистами детской поликлиники по месту жительства.

Женская консультация (акушерско-гинекологический кабинет) и детская поликлиника должны быть извещены о дате выписки родильницы и



новорожденного в день выписки из стационара.

8. Перед выпиской родильницам после операции кесарево сечение и всех родов осуществляется проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

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

10. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию (кабинет) по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

При этом учитывается соматический статус здоровья родильниц и особенности течения беременности и родов.

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

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

В случае осложнений после родов необходимо своевременно решать вопрос о переводе родильницы в профильное отделение многопрофильного стационара после консультации профильного специалиста.

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

**СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИ  
женщин в период родов на родоразрешение в акушерские стационары**

№ п/п.	Критерии для определения этапности оказания медицинской помощи	Прикрепленные территории	Наименование медицинской организации на госпитализацию
1	2	3	4
1	<p><b>Стационарная помощь женщинам в период родов группы низкого риска</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие показаний для планового кесарева сечения;</li> <li>- отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний;</li> <li>увеличение щитовидной железы без нарушения функции;</li> <li>миопия I и II степени без изменений на глазном дне;</li> <li>хронический пиелонефрит без нарушения функции;</li> <li>инфекции мочевыводящих путей вне обострения;</li> <li>- отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (протеинурия во время беременности, гипертензивные расстройства, задержка роста плода);</li> <li>- головное предлежание плода при не крупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;</li> <li>- отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии;</li> <li>- отслойки нормально расположенной плаценты;</li> <li>- отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как преждевременные роды, гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма</li> </ul>	<p>Территории области: Старая Русса, Старорусский район Демянский район, Парфинский район, Поддорский район, Холмский район, Маревский район, Вологовский район, Солецкий район</p> <p>Территории области: Боровичи, Боровичский район, Лобьинский район, Хвойнинский район, Пестовский район, Мошенский район, Валдайский район, Окуловский район, Крестецкий район</p>	<p>ГБУЗ «Старорусская ЦРБ»</p> <p>ГБУЗ «Боровичский ЦРБ»</p>



1	у новорожденного.	2	3	4
2	<p><b>Стационарная помощь женщинам в период родов группы среднего риска</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;</li> <li>- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);</li> <li>- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);</li> <li>- психические заболевания;</li> <li>- перенесенная беременность;</li> <li>- предполагаемый крупный плод;</li> <li>- анатомическое сужение таза I-II степени;</li> <li>- тазовое предлежание плода;</li> <li>- поперечное и косое положение плода;</li> <li>- низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;</li> <li>- мертворождение в анамнезе;</li> <li>- рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке для планового кесарева сечения;</li> <li>- рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения) при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;</li> <li>- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 34-36 недель, при отсутствии возможности</li> </ul>	<p>Территории области:          Великий Новгород,          Новгородский район, Шимский район, Маловишерский район, Чудовский район, Батецкий район</p>	<p>ГБУЗ «Областной клинический родильный дом»</p>	
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;</li> <li>- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);</li> <li>- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);</li> <li>- психические заболевания;</li> <li>- перенесенная беременность;</li> <li>- предполагаемый крупный плод;</li> <li>- анатомическое сужение таза I-II степени;</li> <li>- тазовое предлежание плода;</li> <li>- поперечное и косое положение плода;</li> <li>- низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;</li> <li>- мертворождение в анамнезе;</li> <li>- рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке для планового кесарева сечения;</li> <li>- рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения) при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;</li> <li>- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 34-36 недель, при отсутствии возможности</li> </ul>	<p>Все районы области.</p>	<p>ГБУЗ «Областной клинический родильный дом»</p>	

1	<p>2</p> <p>направления в акушерский стационар третьей группы (уровня) высокой степени риска;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- антенатальная гибель плода (при отсутствии критериев группы высокого риска;</li> <li>- преэклампсия умеренная;</li> <li>- эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный на диетотерапии, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация);</li> <li>- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);</li> <li>- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.</li> </ul>	3	4
3	<p><b>Стационарная помощь женщинам в период родов группы высокого риска</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- возраст беременной женщины до 18 лет;</li> <li>- преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 36 недель 6 дней, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;</li> <li>- предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;</li> <li>- задержка роста плода II-III степени;</li> <li>- иммунизация при беременности (Rh-конфликт);</li> <li>- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);</li> <li>- водянка плода;</li> <li>- многоводие и маловодие;</li> <li>- расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);</li> <li>- подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;</li> </ul>	Все территории области	ГБУЗ «Областной клинический родильный дом»



1	2	3	4
	<p>- поперечное и косое положение плода;</p> <p>- преэклампсия, эклампсия и их осложнения до 36 недель 6 дней;</p> <p>- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке до 36 недель 6 дней;</p> <p>- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;</p> <p>- планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке;</p> <p>- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах до 36 недель 6 дней;</p> <p>- антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;</p> <p>- многоплодная беременность (тремя и более плодами, а также двойня, в т. ч. при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов);</p> <p>- наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;</p> <p>- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;</p> <p>- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома) до 36 недель 6 дней;</p> <p>- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, роженицы и родильницы при отсутствии противопоказаний для эвакуации</p> <p>- тяжёлая преэклампсия, эклампсия свыше 37 недель гестации;</p> <p>- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке свыше 37 недель гестации;</p> <p>- рубец на матке после консервативной миомэктомии, перфорации матки</p>		

1	2	3	4
	<p>при наличии признаков несостоятельности рубца;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- холестаза, гепатоз беременных;</li> <li>- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах свыше 37 недель гестации;</li> <li>- антенатальная гибель плода у беременных женщин группы высокого риска;</li> <li>- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома) свыше 37 недель гестации;</li> <li>- заболевания сердечно-сосудистой системы, не сопровождающиеся развитием сердечно-сосудистой недостаточности;</li> <li>- тромбозы, тромбоэмболии, тромбфлебиты в анамнезе;</li> <li>- заболевания органов дыхания, не сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;</li> <li>- диффузные заболевания соединительной ткани без активности процесса, с функциональной недостаточностью, антифосфолипидный синдром;</li> <li>- заболевания почек, не сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией;</li> <li>- заболевания печени (хронические гепатиты);</li> <li>- эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- и гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);</li> <li>- заболевания крови (тяжелая железодефицитная анемия, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);</li> <li>- заболевания центральной нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов без последствий);</li> <li>- миастения;</li> <li>- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов в анамнезе;</li> <li>- злокачественные новообразования в анамнезе вне зависимости от</li> </ul>		



1	2	3	4
	<p>локализации;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;</li><li>- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;</li><li>- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины роженицы и родильницы при отсутствии противопоказаний для эвакуации</li></ul>		

## **М Е Р О П Р И Я Т И Я**

### **по организации оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода**

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния плода уточняется до 20 недель беременности.

При диагностированных пороках развития плода (далее – ПРП), требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденному, проводится консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-педиатра, врача-неонатолога и врача-специалиста по профилю выявленного ПРП.

Пациентка направляется на областной перинатальный консилиум на базе ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» в соответствии с приказом департамента здравоохранения Новгородской области от 31.08.2017 № 612-Д «Об утверждении положения об областном перинатальном консилиуме».

Окончательное заключение о возможности вынашивания либо прерывания беременности при наличии ПРП выдается областным перинатальным консилиумом.

Если по заключению консилиума врачей возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП во время беременности, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Если по заключению консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в федеральные медицинские центры.

Для решения вопроса о месте и сроках родоразрешения, беременные женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи, направляются в федеральные медицинские центры.

При рождении ребенка с врожденными аномалиями (пороками развития), требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, новорожденному проводится очный консилиум врачей, в состав которого входят врач-неонатолог, врач-детский кардиолог и врач сердечно-сосудистый хирург. Консилиум врачей решает вопрос о проведении телемедицинской консультации с федеральными медицинскими центрами, составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении.

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

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



клапана аорты);

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

простая транспозиция магистральных артерий;

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

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

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

2) тотальный аномальный дренаж лёгочных вен;

3) общий артериальный ствол;

4) аортолегочное окно;

5) гемитрункус;

6) аномалия Тауссиг-Бинга без выраженной обструкции системного и легочного кровотока;

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

8) тетрада Фалло с агенезией клапана лёгочной артерии.

7.3. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой ГОБУЗ «Детская областная клиническая больница».

При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с ПРП (за исключением ВПС), требующим хирургической помощи, областной перинатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

При наличии изолированного ПРП (поражение одного органа или системы) и отсутствии данных за возможное сочетание порока с генетическими синдромами или хромосомными аномалиями, беременная женщина направляется для родоразрешения в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом».

Беременной женщине в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» проводится очный консилиум врачей в составе врача ультразвуковой диагностики, врача-генетика, врача-неонатолога, врача детского хирурга (по профилю выявленной патологии), составляется план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в хирургическом отделении.

При рождении ребенка с врожденными аномалиями (пороками развития), требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, новорожденному проводится очный консилиум врачей в

ГБОУЗ «Областной клинический родильный дом», в состав которого входят врач-неонатолог, врач детский хирург (по профилю выявленной патологии). Консилиум врачей, решает вопрос о проведении телемедицинской консультации с федеральными медицинскими центрами, составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в хирургическом отделении.

Беременные женщины с ПРП данного типа также могут консультироваться врачами специалистами перинатального консилиума федеральных медицинских организаций. По результатам консультирования они могут быть направлены на родоразрешение в акушерские стационары федеральных медицинских организаций для оказания помощи новорожденному в условиях отделения хирургии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

К изолированным ПРП относятся:

гастрошизис;

атрезия кишечника (кроме дуоденальной атрезии);

объемные образования различной локализации;

пороки развития легких;

пороки развития мочевой системы с нормальным количеством околоплодных вод.

При наличии у плода ПРП, сочетающихся с хромосомными аномалиями или наличии множественных ПРП, в ГБОУЗ «Областной клинический родильный дом» беременная женщина в максимально ранние сроки беременности направляется на дополнительное обследование в федеральные медицинские центры, а также уточнения вопроса о месте и сроках родоразрешения.

К ПРП плода, часто сочетающимся с хромосомными аномалиями, или наличием множественных ПРП, относятся:

омфалоцеле; дуоденальная атрезия;

атрезия пищевода; врожденная диафрагмальная грыжа;

пороки мочевыделительной системы, сопровождающиеся маловодием.

При невозможности оказания новорожденному с врожденными пороками развития, включая ВПС, необходимой медицинской помощи в Новгородской области, беременные женщины направляются на родоразрешение в акушерские стационары федеральных медицинских организаций для оказания помощи новорожденному в условиях отделения хирургии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.



**М Е Р О П Р И Я Т И Я**  
**по организации оказания медицинской помощи**  
**беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-**  
**сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи**

Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, в сроке до 10-12 недель беременности направляются на врачебную комиссию по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с неинфекционной тяжелой экстрагенитальной патологией на базе ГОБУЗ «Областной клинический родильный» (далее – врачебная Комиссия) согласно приложению № 8 к приказу министерства здравоохранения Новгородской области от 29.04.2021 № 333-Д «Об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в государственных медицинских организациях Новгородской области».

Врачебная комиссия в составе врача-кардиолога, врача кардиохирурга и врача акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о тяжести состояния беременной женщины и представляет пациентке (семье с согласия женщины) в доступной форме полную информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

Прерывание беременности по медицинским показаниям в сроки до 22 недель, беременным женщинам с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, осуществляется в гинекологическом отделении многопрофильной больницы с участием специалистов: врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога.

Прерывание беременности по медицинским показаниям в сроки свыше 22 недель, беременным женщинам с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, осуществляется в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» с участием специалистов: врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога.

К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в многопрофильный стационар беременных женщин в сроке до 12 недель, для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относится следующая патология:

**5.1. Ревматические пороки сердца:**

- 1) все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического

процесса;

2) все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

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

4) все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

5) пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

6) пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

7) пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

8) пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

5.2. Врожденные пороки сердца:

1) пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

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

3) пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

4) пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

5) пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

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

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

8) кардиомиопатии;

9) тетрада Фалло;

10) болезнь Эбштейна;

11) сложные врожденные пороки сердца;

12) синдром Эйзенменгера;

13) болезнь Аэрза;

5.3. Болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

1) острые и подострые формы миокардита;

2) хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) сложными нарушениями сердечного ритма;

3) инфаркт миокарда в анамнезе;

4) острые и подострые формы бактериального эндокардита;

5) острые и подострые формы перикардита;

5.4. Нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

5.5. Состояния после операций на сердце.

6. При отказе женщины прервать беременность врачебная Комиссия



ГБОУЗ «Областной клинический родильный дом» с привлечением специалиста по профилю (кардиолога) решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности.

7. В случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации) врачебная Комиссия ГБОУЗ «Областной клинический родильный дом» с привлечением специалиста по профилю (кардиолога), решает вопрос о госпитализации в профильное соматическое отделение данной медицинской организации, в том числе с использованием дистанционного консультирования врачей-специалистов федеральных медицинских организаций.

8. Беременная женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в ГБОУЗ «Новгородская областная клиническая больница» для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии.

Консилиум врачей ГБОУЗ «Новгородская областная клиническая больница», в составе врача сердечно-сосудистого хирурга, врача кардиолога и врача акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, УЗИ с доплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний – о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

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

9. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, в том числе, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи направляются для родоразрешения в акушерские стационары федеральных медицинских организаций.

10. Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом в составе врача-акушера-гинеколога, врача-кардиолога (врача-серечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача-анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях стационара федеральных медицинских организаций.

Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение.

11. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи

в Новгородской области, беременной женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, в т. ч. требующей оказания высокотехнологичной медицинской помощи, пациентка по заключению консилиума врачей заблаговременно направляется в федеральную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

12. Перевод беременной женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, из одной медицинской организации в другую согласовывается с администрацией медицинской организации, которая переводит пациентку и с главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии министерства здравоохранения Новгородской области.



**М Е Р О П Р И Я Т И Я**  
**по организации оказания медицинской помощи женщинам**  
**при неотложных состояниях в период беременности, родов**  
**и в послеродовый период**

1. Организация медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий в акушерских стационарах осуществляется в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

2. В ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» организован акушерский дистанционный консультативный центр с выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после родов и с гинекологическими заболеваниями.

3. Правила организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра с выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» определены приказом министерства здравоохранения Новгородской области от 18.09.2015 № 909-Д «Об организации оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи в дистанционном акушерско-реанимационном центре».

4. К основным состояниям и заболеваниям, синдромам и симптомам, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовый период, а также консультирования и дальнейшего мониторинга состояния пациентки в дистанционном акушерско-реанимационном центре (далее - АРКЦ), относятся:

- остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация);
- нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS);
- инсульт;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия;
- желтуха при преэклампсии;
- билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии);
- повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ;
- внутрисосудистый гемолиз;
- тромботическая микроангиопатия;
- острый цианоз;
- одышка более 25 в мин.;

- патологические ритмы дыхания;
  - апное (любая этиология);
  - острый респираторный дистресс синдром;
  - $paO_2/FiO_2 < 200$  мм рт. ст.;
  - сатурация кислорода менее 90% более 60 мин;
  - отек легких (любая этиология);
  - интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией;
  - аспирационный синдром;
  - шок — анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный;
  - продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология);
  - нарушения ритма сердца (любые формы);
  - сердечная недостаточность;
  - олигурия, резистентная к введению жидкости;
  - креатинин более 150,0 ммоль/л;
  - тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл);
  - сгустки крови не образуются, гипокоагуляция;
  - рН крови менее 7,2;
  - признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза;
  - кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение;
  - тяжелая анемия (любая этиология), сопровождающаяся гемической гипоксией;
  - трансфузия компонентов крови;
  - гистерэктомия (любые показания);
  - лапаротомия кроме операции кесарева сечения;
  - релaparотомия (любые показания);
  - разрыв матки;
  - осложнения после прерывания беременности в ранние сроки;
  - сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок;
  - лактат более 2,0 ммоль/л;
  - госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания);
  - согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, неакушерских операциях во время беременности;
  - осложнения анестезиологического обеспечения (любые);
  - осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов;
  - прогнозируемая или текущая трудная интубация трахеи;
  - декомпенсация соматической патологии (любая).
5. В случае необходимости, к оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-реанимации привлекаются врачи той специальности, к которой



относится заболевание, определившее необходимость в проведении реанимации и интенсивной терапии.

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

6. При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в медицинскую организацию, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации:

в АРКЦ с выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной бригады;

главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии министерства здравоохранения Новгородской области.

7. Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах первой, второй группы (уровня), для оказания медицинской помощи на месте, а также для медицинской эвакуации женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовый период, в ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» или профильные (реанимационные) отделения ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница».

8. Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада АРКЦ эвакуирует женщин с акушерской патологией в отделения анестезиологии-реанимации акушерских стационаров, с экстрагенитальными заболеваниями в отделения анестезиологии-реанимации в составе многопрофильных медицинских организаций по профилю заболевания, в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение этой категории пациентов.

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о врачебной комиссии по решению вопроса о пролонгировании**  
**беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией**  
**(неинфекционной и инфекционной)**

Врачебная комиссия по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией (неинфекционной и инфекционной) (далее – ВК) в медицинских организациях создается с целью предупреждения случаев материнской смертности.

Задачей ВК является решение вопросов о прерывании или пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией (неинфекционной и инфекционной).

ВК по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с неинфекционной тяжелой экстрагенитальной патологией создается на базе ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом».

Состав ВК утверждается приказом главного врача ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом».

В состав ВК входит врач акушер-гинеколог и врач той специальности, к которой относится заболевание (состояние) беременной женщины.

Руководителем ВК является заместитель главного врача по медицинской части.

Заседание врачебной комиссии осуществляется по мере необходимости.

Врач акушер-гинеколог медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, при выявлении у беременной женщины тяжелой экстрагенитальной патологии (неинфекционной и инфекционной) проводит базовый спектр обследования.

Врач акушер-гинеколог медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в течение трех рабочих дней направляет беременную женщину с тяжелой экстрагенитальной патологией в медицинскую организацию, где работает врачебная комиссия с целью проведения адекватного объема диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса о прерывании или пролонгировании беременности.

Врач акушер-гинеколог врачебной Комиссии:  
уточняет срок гестации с ультразвуковым исследованием;  
проводит оценку перинатального риска, состояния плода и выявляет осложнения беременности;

направляет беременную женщину к врачу-специалисту по профилю заболевания (состояния) беременной женщины.

Врач-специалист, к которому направлена беременная женщина:

осуществляет проведение необходимого объема диагностических



и лечебных мероприятий;

принимает решение о направлении на стационарное лечение (по показаниям) в профильное отделение;

осуществляет направление на врачебную Комиссию для решения вопроса о прерывании или пролонгировании беременности.

Специалисты врачебной Комиссии верифицируют диагноз, определяют тактику ведения беременной женщины, принимают решение о прерывании или пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Специалисты врачебной Комиссии определяют риски для жизни пациентки и представляют беременной женщине (семье с согласия женщины) в доступной форме полную информацию о целях и результатах обследования, о наличии экстрагенитальной патологии и прогнозе для здоровья и жизни пациентки, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, на основании чего женщина (семья) принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

Оформляется информированное добровольное согласие на прерывание беременности в соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

При наличии показаний для прерывания беременности специалисты врачебной Комиссии определяют метод прерывания беременности и медицинскую организацию.

При направлении на прерывание беременности по медицинским показаниям женщине предоставляется выписка (заключение) из медицинской документации с указанием клинического диагноза, данных обследования и рекомендаций по дальнейшей тактике ведения беременности, подписанной специалистами врачебной Комиссии и заверенной печатью медицинской организации.

В случае пролонгирования беременности врачебная Комиссия принимает решение о тактике ведения пациентки, о подборе и коррекции терапии, о наличии показаний для направления на стационарное лечение в профильное соматическое отделение медицинских организаций, о сроках и медицинской организации с целью лечения экстрагенитального заболевания в период беременности, о сроках и медицинской организации для родоразрешения.



## П Е Р Е Ч Е Н Ь

**экстрагенитальных заболеваний для направления беременных женщин из медицинских организаций Новгородской области на врачебную комиссию по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией (неинфекционной) в ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница»**

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений и с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия).

Тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности.

Заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности, компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности).

Диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром.

Заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, острый пиелонефрит, гидронефроз, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии.

Заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени).

Заболевания желудочно-кишечного тракта (субкомпенсация): хронический гастрит, дуоденит, колит.

Эндокринные заболевания: сахарный диабет любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет; заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация), хроническая надпочечниковая недостаточность.

Заболевания органов зрения: миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома.

Заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов).

Миастения.

Сосудистые мальформации, аневризмы сосудов.

Перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, в том числе с неврологическими расстройствами таза, травмы таза.



\* При наличии злокачественных новообразований в анамнезе либо выявленных при настоящей беременности вне зависимости от локализации, пациентка направляется в ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер».

**М Е Р О П Р И Я Т И Я**  
**по организации оказания медицинской помощи**  
**женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов**  
**и в послеродовой период**

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

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

разработка плана ведения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией;

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

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

контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов;

при отказе женщины от одного или всех этапов предотвращения перинатальной передачи ВИЧ постановка в известность руководителя медицинской организации и ГОБУЗ «Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер» немедленно;

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

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

подготовка беременной женщины к родоразрешению;

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

контроль за своевременным поступлением беременной женщины



с ВИЧ-инфекцией на госпитализацию в акушерский стационар ГОБУЗ «Областной клинический родильный дом» (в плановом порядке – на сроке 38 недель).

3. Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в ГОБУЗ «Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер» и размещает в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) АРВТ и запрашивает из ГОБУЗ «Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер» информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

4. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, назначенных специалистами ГОБУЗ «Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер».

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема врач-акушер-гинеколог женской консультации информирует ГОБУЗ «Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер» для принятия соответствующих мер.

53. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или при отсутствии результатов скрининга на ВИЧ в 3-м триместре беременности, а также при наличии высокого риска заражения ВИЧ независимо от количества исследований во время беременности, рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее – ИДС).

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



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

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

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

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

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

11. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ методом ИФА с помощью вакуумных систем для забора крови. Кровь направляется в скрининговую лабораторию ГОБУЗ «Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер».

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

13. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются в медицинской документации матери и ребенка и передаются в электронном виде (по защищенному каналу связи в сети Интернет) в ГОБУЗ «Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными



заболеваниями «Хелпер», а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

## ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В БАЛЛАХ

Факторы риска (подчеркните имеющиеся)	баллы
<b>СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ</b>	
Возраст матери	
• менее 18 лет	2
• старше 40 лет	4
Возраст отца 40 лет и более	2
Профессиональные вредности	
• у матери	3
• у отца	3
Вредные привычки у матери	
Курение - пачка в день	2
Злоупотребление алкоголем	4
Вредные привычки у отца	
злоупотребление алкоголем	2
Семейное положение - одинокая	1
Эмоциональная лабильность	1
Рост и весовые показатели	
• Рост меньше и равно 158 см	2
• Масса на 25% выше нормы	2
<b>Сумма баллов (впишите сумму)</b>	<b>А</b>
<b>Акушерско-гинекологический анамнез</b>	
Паритет	
• 4 - 7	1
• 8 и более родов	2
Аборты перед первыми родами	
• Один	2
• Два	3
• Три и более	4
Аборты перед повторными родами или после последних родов - три и более	2
Внутриутробные вмешательства	2
Преждевременные роды	
• Одни	2
• Двое и более	3

Осложнения беременности (подчеркните имеющиеся)	Баллы	
	II	III
Выраженный ранний токсикоз	2	2
Рецидивирующ. угроза прерывания	2	2
Отёки беременных	2	2
Преэклампсия умеренная	5	5
Преэклампсия тяжёлая	10	10
Эклампсия	12	12
Патологическая прибавка в весе	1	1
Обострение заболевания почек при беременности	4	4
Острые инфекции при беременности, в том числе респираторно-вирусные	4	4
Отр. Резус-фактор или АВО-сенсibilизация	5-10	5-10
Многоводие	3	3
Маловодие	4	4
Таз. предлежание плода, узкий таз, крупный плод	3	3
Многоплодие	3	3
Перенашивание беременности	3	3
Неправильное положение плода	3	3

Биологическая незрелость родовых путей в 40 недель беременности	4	4
---	---	---

Факторы риска (подчеркните имеющиеся)	баллы
Мертворожден. невынашивание, неразвивающаяся беременность	
• Одни случаи	3
• Два случая и более	8
Смерть в неонатальном периоде	
• Одни случаи	2
• Два случая и более	7
Аномалии развития у детей, рождённых ранее	3
Неврологические нарушения у детей, рождённых ранее	2
Масса доношенных детей до 2500 гр., или 4000 гр., и более	2
Бесплодие в анамнезе	
• 2-4 года	2
• 5 лет и более	4
Рубец на матке после операции	4
Опухоли матки и/или яичников	4
Истмико-цервикал. недостаточность, доброкачественные заболевания, деформация, перенесенная деструкция шейки матки	2
Пороки развития матки	3
Вспомогательные репродуктивные технологии	
• ЭКО	3
• Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида	2
Внематочная беременность	3
Хр. воспалительные процессы придатков, осложнения после абортов и родов, внутриматочный контрацептив	3
<b>Сумма баллов (впишите сумму)</b>	<b>Б</b>

Осложнения беременности (подчеркните имеющиеся)	Баллы	
	II	III
<b>Скрининг</b>		
б-ХГЧ		
повышенное содержание	3	3
сниженное содержание	4	4
АФП		
повышенное содержание	6	6
сниженное содержание	8	8
РАРР-А		
повышенное содержание	2	2
сниженное содержание	3	3
<b>Сумма баллов (впишите сумму)</b>	<b>Д</b>	
<b>Оценка состояния плода</b>		
Гипотрофия плода		
• 1-я степень	10	10

• 2-я степень	15	15
• 3-я степень	20	20
Хр. плацентарн. недостаточность	4	4
Оценка КТГ по шкале Fisher W.M		
• Больше 7	4	4
• 6	8	8
• 5	12	12
• 4	16	16
• Менее 4	20	20
<b>Сумма баллов по факторам беременности (впишите сумму)</b>	<b>Е</b>	
<b>Сумма баллов пренатальных факторов (впишите сумму)</b>	<b>Ж</b>	
<b>Общая сумма баллов перинатальных факторов (анамнестических факторов и факторов беременности)</b>	<b>З</b>	
Факторы риска (подчеркните имеющиеся)		баллы
<b>ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ</b>		
Сердечно-сосудистые:		
• пороки сердца без нарушения кровообращения		3
• пороки сердца с нарушением кровообращения		10
• хр. артериальная гипертензия 1-3 ст.		2-8-12
• варикозная болезнь		2
• гипотензивный синдром		2
Заболевания почек		
Эндокринопатии		
• заболевания надпочечников		5-10
• нейрообменно-эндокринный с-м		5
• сахарный диабет		10
• заболевания щитовидной железы		7
• ожирение		2
Анемия		
содержание гемоглобина 90 г/л		4
содержание гемоглобина 100 г/л		2
содержание гемоглобина 110 г/л		1
Коагулопатии		
Миопия и др. заболевания глаз		
Хр. специфические инфекции (туберкулёз, бруцеллёз, токсоплазмоз и другие)		
Положительная реакция на волчаночный антиген		
Антитела к фосфолипидам:		
IgG от 9,99 и выше		2
IgM от 9,99 и выше		2
<b>Сумма баллов (впишите сумму)</b>	<b>В</b>	
<b>Сумма баллов по анамнестическим факторам (впишите сумму)</b>	<b>Г</b>	
<b>Интранатальные факторы (скрининг в родах)</b>		
Мекониальная окраска амниотических вод		
		8



Дородовое излитие вод при отсутствии родовой деятельности в течении 6 час.	6
Патологический прелиминарный период	4
Аномалии родовой деятельности	10
Хориоамнионит	4
Сумма баллов (впишите сумму)	<b>И</b>
Общая сумма баллов перинатального риска (сумма анамнестических факторов,	<b>К</b>

<b>факторов беременности и интранатальный пересчёт)</b>		
Интранатальный прирост (отношение суммы баллов интранатального риска к сумме баллов пренатальных факторов)	<b>Л</b>	
	в %	

План завершения родов

---



---



---



---

### Инструкция к применению и рекомендации

Низкая степень риска – до 15 баллов;

Средняя степень риска – 16-24 балла;

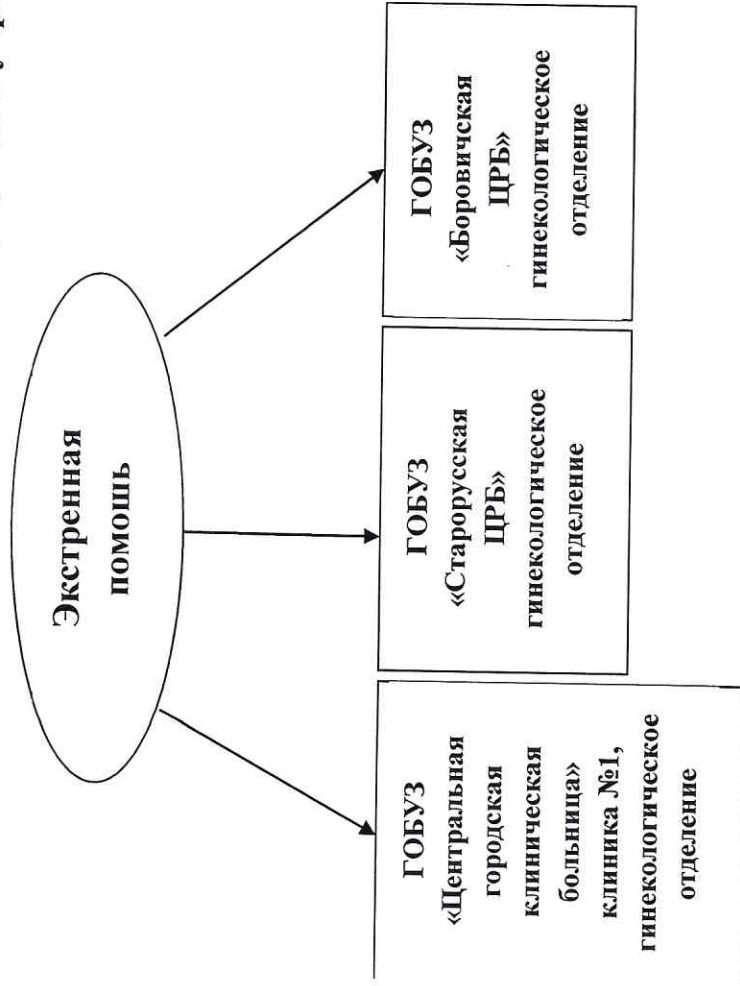
Высокая степень риска – 25 и более баллов.

### Алгоритм скрининга по перинатальным факторам риска

Этап скрининга	Время проведения и действия врача
I	При первой явке анамнестические факторы $\Gamma = A + B + B$
II	В 28-32 недели (факторы беременности) $\mathcal{K} = D + E$
III	В конце беременности (факторы беременности) $\mathcal{K} = D + E$
Примечание	При проведении II и III скрининга вычисляется «Общая сумма баллов пренатальных факторов» $\mathcal{Z} = \Gamma + \mathcal{K}$ <b>Данная величина определяет степень пренатального риска</b>
IV	В течении I и II периода родов интранатальные факторы <b>И</b>
	В течении родов, при изменении клинической ситуации (появление интранатальных факторов риска указанных в шкале) пересчитывают «общую сумму баллов перинатального риска ( $\mathcal{K} = \mathcal{Z} + \mathcal{I}$ ), а также вычисляют «интранатальный прирост» ( $\mathcal{L} = (\mathcal{I} / \mathcal{Z}) * 100\%$ )

**NB!** При увеличении **интранатального прироста (Л)** у беременной с низкой степенью риска на 150% и более, средней степенью риска на 60% и более, высокой степенью риска на 30% и более – срочно меняется тактика родов.

**СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИ  
женщин с гинекологическими заболеваниями  
в медицинские учреждения Новгородской области**



\*Медицинская помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №1130 от 20.10.2020г. «Об утверждении порядка оказания Медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

