

## **Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи**

Настоящий порядок регулирует вопросы оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, разработан на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае. Действие настоящего Порядка распространяется на акушерское отделение, гинекологические кабинеты при поликлинике КГБУЗ «Уярская РБ».

### **Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности**

1. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в акушерском отделении, гинекологических кабинетах, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерства и гинекология»

2. Медицинская помощь женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

первый – амбулаторный, осуществляемый акушерами-гинекологами поликлиники, (при этом, в случае возникновения осложнений течения беременности должна быть обеспечена консультации врача акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

второй – стационарный этап, осуществляемый: при акушерской патологии в отделении патологии беременности акушерского отделения; при соматической патологии в специализированных отделениях КГБУЗ «Уярская РБ» или КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

3. Учреждением разрабатывается и утверждается листы маршрутизации женщин в случае возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии.

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

— врачом акушер-гинекологом — не менее десяти раз;

— врачом терапевтом — два раза.

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

врачом оториноларингологом, врачом офтальмологом – один раз;

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);

другие специалисты — по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Кардиотокография проводится дважды в сроке 32 и 36 недель беременности; дополнительно по показаниям. Доплерометрия проводится всем беременным женщинам из группы риска в МГЦ.

4.1. Скрининговое ультразвуковое исследование плода проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель (оптимальные сроки – 11-12 недель), 20-22 недели и 32-34 недели. При наличии показаний проводится дополнительное ультразвуковое исследование.

Ультразвуковое исследование беременным женщинам в скрининговые сроки проводятся по месту жительства (при сроках 11-14 нед в МГЦ).

4.2. Забор крови беременных женщин, вставших на диспансерный учет в женской консультации в ранние сроки, для проведения биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров I триместра (плазменный альбумин, ассоциированный с беременностью и свободная бета-единица хорионического гонадотропина человеческого) проводится при сроке беременности 11-14 недель (оптимальные сроки – 11-12 недель)

Забор крови беременных женщин, вставших на диспансерный учет в женской консультации свыше 12 недель, для биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров II триместра (альфафетопротеин, хорионический гонадотропин, неконъюнктивный эстриол) проводится при сроке беременности 16-20 недель.

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

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

Беременные женщины с экстрагенитальной патологией г. Уяр и Учрского района направляются на специализированный прием к врачу акушер – гинекологу КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с целью проведения адекватного объема диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса о прерывании беременности у женщин с тяжелой соматической патологией. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности, с учетом состояния беременной женщины, осуществляется перинатальным консилиумом в соответствии с приказом МЗ и социального развития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделение ККБ №1 и КМГБ №4, имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине. Заключение о возможности вынашивания либо прерывания беременности при наличии врожденного или наследственного заболевания у плода осуществляется до 22 недель беременности Пренатальным консилиумом.

7. Основными критериями качества работы акушер – гинекологами поликлиники, оцениваемой министерством здравоохранения Красноярского края, главными врачами Краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения являются:

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

доля преждевременных родов из числа женщин закончивших беременность;

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

показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;

отсутствие антенатальной гибели плода;

отсутствие врожденной аномалии развития у новорожденных, подлежащих пренатальной диагностике и не выявленных во время беременности;

показатель аборт на 1000 женщин фертильного возраста;

разрыв матки до госпитализации;

несвоевременная госпитализация при преэклампсии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;

несвоевременная госпитализация при переношенной беременности;

отсутствие запущенных случаев онкопатологии женской половой сферы и молочных желез;

охват беременных женщин биохимическим скринингом на сывороточные маркеры не менее 85%;

охват трехкратным скрининговым УЗИ плода не менее 85%.

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

9. При угрожающем аборте до 22 недель лечение беременной женщины низкой и средней группы риска осуществляется в гинекологическом отделении КГБУЗ «Уярская РБ».

10. При угрожающем аборте до 22 недель лечение беременной женщины высокой группы риска осуществляется в гинекологическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница №1», Пренатальный центр» г. Красноярск.

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

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

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

группы низкого риска – в профильное соматическое отделение по месту жительства;

группы среднего, высокого рисков – в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

12.2. При наличии акушерской патологии свыше 22 недель беременная женщина группы низкого риска госпитализируется в отделении патологии беременности в «КГБУЗ «Уярская РБ».

При наличии акушерской патологии свыше 22 недель беременная женщина группы среднего риска госпитализируется в отделении патологии беременности в р/д ГБ №20 г. Красноярск.

При наличии акушерской патологии свыше 22 недель беременная женщина группы высокого риска госпитализируется в отделении патологии беременности в родильных домах г. Красноярск (по профилю)

13. В случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация женщин осуществляется в Пренатальный центр.

14. При сроке беременности 25 и более недель при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в родильный дом Пренатальный центр.

При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения по триместрам, оценка риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом акушер-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения: Беременные женщины направляются на родоразрешение: группы низкого риска – в КГБУЗ «Уярская РБ»;

группы среднего, высокого рисков – в «Родильный дом №6». Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально.

15. В родильные дома г. Красноярск согласно профилю направляются беременные женщины согласно маршрутизации.

### **Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период**

Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовый период оказывается в рамках первичной медико-санитарной специализированной «в том

числе высокотехнологичной» медицинской помощи в краевых государственных бюджетных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерства и гинекология».

Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи:

первая группа – КГБУЗ «Уярская РБ»;

вторая группа – р/д г. Красноярск;

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

Показания для госпитализации беременных женщин на родоразрешение в акушерские стационары первой группы (низкая степень) являются:

отсутствие экстрагенитальной патологии у беременных женщин;

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

компенсированная патология дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений в глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекция мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

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

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

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

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

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

Показаниями для госпитализации беременных женщин на родоразрешение в учреждения здравоохранения второй (средняя степень риска) являются:

пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями;

переносимая беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза;  
тазовое предлежание плода;  
поперечное и косое положение плода;  
низкое расположение плаценты, подтвержденное УЗИ исследованием в сроке 34-36 недель;  
мертвоорожденные в анамнезе;  
многоплодная беременность;  
кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;  
рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;  
беременность после разрыва промежности III –IV степени при предыдущих родах;  
многоводие;  
преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности свыше 34 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности госпитализации в учреждения третьей группы риска (высокой группы риска);  
заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);  
задержка внутриутробного роста плода I –II степени.  
Показаниями для госпитализации беременных женщин на родоразрешение в учреждения третьей группы (высокая группа риска) являются:  
преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;  
беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после ЭКО и переноса эмбриона;  
преэклампсия, эклампсия;  
холестаз, гепатоз беременных;  
кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке и рубец на матке после корпорального кесарева сечения;  
рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;  
беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрыв промежности III–IV степени при предыдущих родах;  
задержка внутриутробного роста плода II–III степени;  
изоиммунизация при беременности (Rh конфликт);  
наличие у плода врожденного развития, требующих хирургической коррекции;  
метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);  
водянка плода;  
тяжелое много и маловодье;

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, кардиомипатии, хроническая артериальная гипертензия);

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

заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечной недостаточности;

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром; заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалия развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

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

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

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая, железodefицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Вилленбранда, врожденные дефициты свертывающей системы крови);

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

миастения;

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

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза; прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, роженицы и родильницы при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

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

Рекомендуемое пребывание родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов – 3 суток. Выписка родильницы из учреждения здравоохранения после физиологических родов осуществляется на 4 сутки после проведения неонатального скрининга и проведения ВСЖ новорожденному на

третьи сутки. В случае выписки родильницы и новорожденного из учреждения здравоохранения в более ранние сроки неонатальный скрининг осуществляется на амбулаторном этапе специалистами детской поликлиники по месту жительства. Детская поликлиника должна быть извещена о дате выписки новорожденного не менее чем за сутки. Перед выпиской родильницы после операции кесарево сечения и всех осложненных родов осуществляется проведение УЗИ исследования органов малого таза. При выписки родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка), индивидуальные рекомендации по контрацепции. После выписки из отделения родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию (кабинет) по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. При этом учитывается соматический статус здоровья родильницы и особенности течения и родов. Врач акушер-гинеколог поликлиники после физиологических родов осуществляет осмотр в течении 10 дней после выписки, через 4 недели после родов с рекомендациями по контрацепции.