**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

# ПРИКАЗ

**от 01 июля 2026 года** **№ 1983**

**г. Симферополь**

**Об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в Республике Крым**

В соответствии с пунктом 5 части 1 статьи 16 и пунктом 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 (с изменениями), в целях совершенствования оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» и реализации в Республике Крым приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее - приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. № 747н), Письма Министерства здравоохранения РФ от 18.01.2021 года №15-4/66 «Регламент мониторинга критических акушерских состояний в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 года № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 274 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями», постановления Главного санитарного врача РФ № 4 от 28.01.2021г «Об утверждении санитарных правил и норм СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», п.VI «Профилактика ВИЧ-инфекции», Клинических рекомендаций МЗ РФ «ВИЧ-инфекция у детей» (2024г), Клинических рекомендаций «ВИЧ-инфекция у беременных» (2024г),

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Дорожную карту оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в Республике Крым (Приложение 1 к настоящему приказу).

1.2. Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в амбулаторных условиях, в период беременности и послеродовой период, при проведении профилактических мероприятий, а также с гинекологическими заболеваниями (приложение 2 к настоящему приказу)

1.3. Перечень медицинских показаний для госпитализации в МО в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в Республике Крым (приложение 3 к настоящему приказу).

1.4. Состав Экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Положение об Экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6. Перечень документов, необходимых для предоставления в Экспертную комиссию Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7. Карту донесение на случай материнской смерти согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.8. Положение о кураторе медицинской организации первого и второго уровней оказания перинатальной помощи в Республики Крым согласно приложению 8 к настоящему приказу.

2. Главному врачу ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница имени Н.А. Семашко»:

2.1. Организовать работу Перинатального центра в соответствии с приложениями № 18 «Правила организации деятельности перинатального центра», № 24 «Правила организации деятельности отделения анестезиологии - реанимации перинатального центра и родильного дома», № 25 «Правила организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра», № 6 «Правила организации деятельности отделения антенатальной охраны плода» и № 33 «Правила организации деятельности гинекологического отделения» Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Минздрава России от 19 декабря 2025 г. № 747н.

2.2. Провести анализ оснащенности Перинатального центра медицинским оборудованием и укомплектованности медицинским персоналом.

2.3. Привести штатное расписание Перинатального центра в соответствие с приложениями № 19 «Рекомендуемые штатные нормативы перинатального центра», № 26 «Рекомендуемые штатные нормативы акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и родильного дома», № 7 «Рекомендуемые штатные нормативы отделения антенатальной охраны плода», № 34 «Рекомендуемые штатные нормативы гинекологического отделения» к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Минздрава России от 19 декабря 2025 г. № 747н.

2.4. Привести табель оснащения Перинатального центра в соответствие с приложениями № 20 «Стандарт оснащения перинатального центра», № 27 «Стандарт оснащения акушерского дистанционного консультативного центра», № 8 «Рекомендуемый стандарт оснащения отделения антенатальной охраны плода», № 35 «Рекомендуемый стандарт оснащения гинекологического отделения» Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Минздрава России от 19 декабря 2025 г. № 747н.

2.5. Обеспечить работу Акушерского дистанционного консультативного центра структурного подразделения – Перинатальный центр (далее- АКДЦ СП ПЦ) по взаимодействию с медицинскими организациями Республики Крым в круглосуточном режиме в соответствии с требованиями Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом МЗ РФ от 19.12.2025 №747н;

2.6. Организовать в рамках деятельности АДКЦ ПЦ:

2.6.1. Сбор информации сотрудниками АДКЦ ПЦ о критических акушерских состояниях (далее - КАС) (Приложение 1 и 2 к Порядку V), возникших у пациентов в период беременности, родов, в послеродовом периоде в медицинских организациях Республики Крым (далее - МО РК) в круглосуточном режиме;

2.6.2. Внесение каждого случая КАС сотрудниками АДКЦ СП ПЦ, владеющими доступом в регистр КАС ВИМИС АкиНЕО (vimis-akineo.egisz.rosminzdrav.ru), в круглосуточном режиме;

2.6.3. Проведение телемедицинских консультаций (далее ТМК) сотрудниками АДКЦ СП ПЦ с МО РК по вопросам мониторинга, тактики ведения, лечения и маршрутизации пациентов с КАС (приложение 1, 2, 7 к Порядку V) с возможностью привлечения специалистов ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»;

2.6.4. Работу по согласованию перевода, плановой, неотложной или экстренной госпитализации беременных, рожениц и родильниц на более высокий уровень оказания медицинской помощи в РК по профилю «акушерство и гинекология» (в МО РК 2 уровня и СП ПЦ ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»);

2.6.5 Мониторинг и дистанционное консультирование беременных из группы высокого риска перинатальных осложнений в ЕМИСЗ РК (Приложение 5 к Порядку V).

2.7 Обеспечить организационно-методическую поддержку и курацию медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» (приложение № 8 к настоящему Приказу).

3. Руководителям медицинских организаций (далее МО), отнесенных к ведению Министерства здравоохранения РК, ФГБУ ЯММЦ ФМБА России:

3.1. Довести до сведения всех заведующих структурными подразделениями и других заинтересованных лиц настоящий приказ

Министерства здравоохранения Республики Крым, приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. № 747н.

3.2. Обеспечить оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с настоящим приказом, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций.

3.3. Провести анализ оснащенности медицинским оборудованием и укомплектованности медицинским персоналом структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

3.4. Привести штатное расписание и оснащение в соответствие с приложениями Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного Приказом Минздрава России от 19 декабря 2025 г. № 747н.

3.5. Обеспечить ведение медицинской документации, в том числе в медицинской информационной системе, в соответствии с приложениями к приказу Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н № 2 «Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы», № 3 «Обменная карта беременной, роженицы и родильницы», № 4 «Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях», № 5 «Карта пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях)», № 6 «Карта пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (вкладыш в карту стационарного больного)», № 7 «Карта пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного)», № 8 «Карта пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в карту стационарного больного)», № 9 «Карта пациента при искусственном прерывании беременности хирургическим методом (вкладыш в карту стационарного больного)».

3.6. Организовать взаимодействие с АДКЦ СП ПЦ в круглосуточном режиме;

3.7. Принять к сведению, что обмен информацией по профилю «акушерство и гинекология» осуществляется через защищённые каналы связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет»: Единая медицинская информационная система Республики Крым (далее ЕМИСЗ РК), тип запроса на ТМК (плановый, неотложный, экстренный) предварительно согласовывается с заведующим\дежурным сотрудником АДКЦ СП ПЦ в телефонном режиме: заведующий АДКЦ СП ПЦ с 08:00 до 16:00 с понедельника по пятницу:+7-978-723-76-20; дежурный сотрудник АДКЦ с 16:00 до 08:00 с понедельника по пятницу, круглосуточно в выходные и праздничные дни: +7-978-393-06-31.

3.8. Принять к сведению и обеспечить информирование АДКЦ СП ПЦ, главных внештатных специалистов МЗ РК по специальностям «акушерство и гинекология» и «анестезиология и реаниматология» о категории пациентов, соответствующих критериям КАС (Приложение 1 и 2 к Порядку V);

3.9. Организовать работу по учёту беременных высокого риска перинатальных осложнений с использованием ЕМИСЗ РК (Регистр беременных) согласно приказу Минздрава России от 19.12.2025 № 747н, осуществлять непрерывный контроль за исполнением данного приказа сотрудниками МО.

3.10. Обеспечить сотрудникам МО круглосуточную техническую поддержку в проведении ТМК пациенток согласно перечню состояний/заболеваний для обязательного проведения дистанционного консультирования с АДКЦ СП ПЦ (Приложение 1,2 к Порядку V), а также беременных группы высокого риска перинатальных осложнений (Приложение 5 к Порядку V).

3.11. Принять к сведению, ознакомить сотрудников МО с данным приказом под подпись, разработать шаблоны документов (с учётом Приложений 3,7,8 к Порядку V), а также обеспечить их доступность в АРМ каждого сотрудника МО в ЕМИСЗ РК.

3.12. Назначить приказом по МО ответственное лицо и его дублёра за своевременное проведение ТМК, подачу извещений о КАС и прочей информации в АДКЦ СП ПЦ через ЕМИСЗ РК, предоставить контактные данные вышеуказанных лиц заведующему АДКЦ СП ПЦ ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница имени Н.А.Семашко» и главному внештатному специалисту МЗ РК по специальностям «акушерство и гинекология» в электронном виде.

3.13. Организовать работу по оказанию медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи женщинам с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (приложение 1 к настоящему приказу, Порядок X).

3.14. Организовать работу по оказанию медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период согласно утвержденному порядку (приложение 1 к настоящему приказу, Порядок VII) обеспечить:

3.14.1. кратность и сроки обследования всех женщин, у которых диагностирована беременность (при постановке на учет и в 30 недель беременности) (в соответствии с Приложением № 1 к Порядку VIII) после обязательного проведения до- и послетестового консультирования, получения информированного согласия и при наличии документа, подтверждающего личность (приложение №2 к Порядку VIII).

Результат обследования беременной фиксировать в виде оригинала/копии в обменной и индивидуальной карте беременной. Номер исследования, дата исследования должны быть внесены в обменную/индивидуальную карту беременной в графу результатов обследования на ВИЧ-инфекцию за подписью и печатью врача акушера-гинеколога, наблюдающего беременную. Врач акушер-гинеколог, наблюдающий беременную, должен контролировать наличие/отсутствие результатов обследования на АТ к ВИЧ как беременной, так и ее мужа/полового партнера;

Медицинские организации в обязательном порядке информируют органы опеки и попечительства о беременных, отказывающихся от проведения профилактики в период беременности, ребенку.

Срок – постоянно

3.14.2. направление на обследование мужей/половых партнеров женщин, поставленных на учет по беременности, в медицинские организации по месту прикрепления под кодом 110 в течение 1 месяца после постановки на учет по беременности и в 30-32 недели беременности женщины. Обследование половых партнеров/мужей проводить при наличии паспорта или документа, удостоверяющего личность. Оригинал/копию результата обследования фиксировать в обменную и индивидуальную карту беременной. При получении позитивных результатов беременной и/или ее полового партнера немедленно направить на консультацию к акушеру-гинекологу и инфекционисту в ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД» для дообследования и уточнения тактики ведения.

Срок – постоянно

3.14.3. постоянное наличие и учет в родильных стационарах экспресс-тестов на антитела к ВИЧ-инфекции для тестирования беременных женщин, поступающих на родоразрешение. При поступлении на родоразрешение у всех беременных, независимо от количества проведенных исследований на АТ к ВИЧ, после получения информированного добровольного согласия женщины, проводить забор крови для экспресс-тестирования с обязательным последующим контролем данного образца крови методом ИФА в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД». В направлении обязательно указывать результат экспресс-тестирования. Материал на исследования методом ИФА при получении позитивного результата на ВИЧ-инфекцию методом экспресс-тестирования предоставлять в лабораторию ГБУЗ РК «ЦПБ СПИДом» в кратчайшие сроки (не более 2-х дней с момента забора материала) для решения вопроса о тактике ведения послеродового периода и новорожденного при положительном результате тестировании экспресс-методом.

Родильнице и ее новорожденному ребенку продлить период пребывания в родильном доме при положительном результате экспресс-тестирования на ВИЧ до получения окончательных результатов обследования на ВИЧ-инфекцию, исключить грудное вскармливание, начать профилактику ВИЧ-инфекции новорожденному. Информацию о данной ситуации предоставлять в телефонном режиме врачу акушеру-гинекологу ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД».

Срок – постоянно

3.14.4. диагностический алгоритм и медикаментозную помощь ребенку для проведения профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку на основании действующих клинических рекомендаций с оформлением «Информированного согласия на проведение АРВТ ребенку с целью предотвращения перинатального заражения ВИЧ-инфекцией от матери» (Приложение 3, 5 к Порядку VIII).

Срок - постоянно

3.14.5. постоянное наличие и учет в родильных стационарах запаса антиретровирусных препаратов для рожениц и новорожденных.

Срок – постоянно

3.14.6. оформление «Уведомления об ответственности за отказ от проведения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» (приложение 7 к Порядку VIII) в случае отказа женщины от проведения профилактики ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и новорожденному.

Срок – постоянно

3.14.7 обязательное предоставление информации в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» об окончании беременности у ВИЧ-позитивных беременных (роды, аборт, выкидыш, внематочная беременность) в течение 3-х дней после оказания медицинской помощи (форма № 313/у, приложение 9,10 к Порядку VIII).

Срок – постоянно

3.14.8 предоставление информации в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью, в течение 3 дней со дня родов (форма № 309/у, Приложение 11 к Порядку VIII).

Срок – постоянно

3.14.9. амбулаторное и стационарное лечение ВИЧ-инфицированных женщин с акушерской и гинекологической патологией, а также родоразрешение и прерывание беременности, в МО по месту регистрации женщины на общих основаниях.

Срок – постоянно

3.14.10. направление на обследование в наркологическом диспансере по месту жительства беременной, которая отрицает употребление ПАВ, но имеются убедительные признаки его употребления;

Срок - постоянно

3.14.11. считать критерием для проведения элективного кесарева сечения:

- отсутствие у ВИЧ-инфицированных беременных информации о вирусной нагрузке перед родоразрешением,
- наличие вирусной нагрузки у беременной более или равной 1000 РНК коп/мл,
- отсутствие профилактики ВИЧ-инфекции во время беременности и/или невозможность применения АРВП (антиретровирусных препаратов) в родах.

Срок – постоянно

3.14.12. плановое кесарево сечение с целью профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ проводить на сроке гестации 38-39 недель.

Срок – постоянно

3.15. Информировать Управление организации оказания педиатрической, акушерско-гинекологической помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия и санаторно-курортного обеспечения о каждом случае материнской смерти

срок – немедленно в телефонном режиме

3.16. Направлять в Управление организации оказания педиатрической, акушерско-гинекологической помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия и санаторно-курортного обеспечения заполненную "Карту донесение о случае материнской смерти" согласно приложению 7 к настоящему приказу.

срок - в течение 72 часов с момента регистрации случая материнской смерти

3.17. Обеспечить проведение патологоанатомического вскрытия, своевременное исследование патологоанатомического материала, формирование заключительного патологоанатомического диагноза и клинико-патологоанатомического эпикриза в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»

3.18. Обеспечить разбор каждого случая материнской смерти в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

срок: в течении 10 дней со дня регистрации случая материнской смерти.

3.19. Направлять в течение 3 дней после проведения разбора случая материнской смерти главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Республики Крым по специальности «акушерство и гинекология» медицинскую документацию согласно приложению 6 к настоящему приказу.

4. Главному врачу ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» обеспечить выдачу антиретровирусных препаратов в родильные стационары для проведения профилактики ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Срок – постоянно

5. Главному врачу ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» организовать работу по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями согласно приложению 1 к настоящему приказу, Порядок VII.

6. Главному внештатному специалисту МЗ РК по специальности «акушерство и гинекология» и «анестезиология и реаниматология» – обеспечить информационную поддержку, контроль и методическую помощь подведомственным медицинским организациям МЗ РК в консультировании пациенток при возникновении КАС.

7. Главному внештатному специалисту МЗ РК по специальности «акушерство и гинекология»:

7.1. Осуществлять постоянный контроль за деятельностью системы мониторинга критических акушерских состояний в Республике Крым;

7.2. Обеспечить ежедневное информирование начальника Управления организации оказания педиатрической, акушерско-гинекологической помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия и санаторно-

курортного обеспечения Минздрава Крыма о женщинах, находящихся в критических акушерских состояниях.

7.3. Обеспечить:

7.3.1. Разбор случаев материнской смерти на Экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти не позднее 2 месяцев со дня наступления случая материнской смерти;

7.3.2. Заполнение после разбора случая материнской смерти учетной формы N 003/у-МС-20 "Карта донесение о случае материнской смерти" (далее - Карта) в 3 экземплярах на каждый случай материнской смерти в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

8. Начальнику управления организации оказания педиатрической, акушерско-гинекологической помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия и санаторно-курортного обеспечения обеспечить мониторинг женщин, находящихся в критических акушерских состояниях.

8.1. Информировать заместителя министра здравоохранения Республики Крым о каждом случае материнской смерти незамедлительно в телефонном режиме.

8.2. Направление оригинала Карты в Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации в течение 3 дней с момента разбора случая материнской смерти на Экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти.

9. Руководителям медицинских организаций: ГБУЗ РК «Джанкойская центральная районная больница», ГБУЗ РК «Евпаторийский родильный дом», ГБУЗ РК «Керченский родильный дом», ГБУЗ РК «Евпаторийский медицинский центр», ФГБУ ЯММЦ ФМБА России ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом № 2»:

9.1. Дооснастить межрайонные кабинеты пренатальной диагностики согласно Приложения 2 за счет средств ОМС.

9.2. Обеспечить работу по организации и проведению скрининговых исследований беременных на территории Республики Крым в I и II триместре беременности в соответствии с Приказом МЗ Республики Крым в соответствии с Порядком организации оценки антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг) и организации оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода, рисками развития ПЭ, ПР и ЗР плода (приложение 1 к настоящему приказу, Порядок II).

10. Признать утратившими силу следующие приказы Министерства здравоохранения Республики Крым: приказ от 13 мая 2021 года № 1342 «Об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказ от 14 мая 2018 года № 851 «О мерах по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку в Республике Крым», приказ от 4 июня 2021 года № 1615

«О проведении скрининговых исследований беременным Республики Крым», приказ от 03.02.2021 № 274 «Об организации лечения пациентов с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования в «Республике Крым», приказ от 16 января 2025 года № 37 «О мониторинге критических акушерских состояний и работе Экспертной комиссии по разбору случаев материнской смерти в Республике Крым», приказ от 14.01.2025 № 21 «О маршрутизации беременных с плодами, имеющие врожденные пороки развития»

11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым А.И. Лясковского.

**Министр** **А. Натаров**

Приложение 1
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

**Дорожная карта оказания медицинской помощи пациентам по профилю «акушерство и гинекология» в Республике Крым**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. № 747н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее - приказ Минздрава России от 19 декабря 2025 г. № 747н) порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Республики Крым включает:

I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

II. Порядок организации оценки антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг) и организации оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода, рисками развития ПЭ, ПР и ЗР плода (далее – Порядок). Организация работы перинатального консилиума.

III. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с экстрагенитальными заболеваниями.

V. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовый период.

VI. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

VII. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями.

VIII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период в Республике Крым.

IX. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности в Республике Крым.

X. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

I. **Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности.**

Медицинская помощь по профилю "акушерство и гинекология" оказывается взрослому и детскому населению.

Медицинская помощь оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерскому делу, и (или)

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), и (или) акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

Медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
- первичной врачебной медико-санитарной помощи;
- первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; медицинской помощи при санаторно-курортном лечении.

Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);
- неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента);
- плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

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

Согласно приложению 2 «Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в амбулаторных условиях в период беременности и послеродовой период, при проведении профилактических мероприятий, а также с гинекологическими заболеваниями», женские консультации (кабинеты поликлиник, поликлинических отделений), оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь, делятся на три группы (уровня) с учетом региональных особенностей в Республике Крым:

первая группа (уровень) - 16 медицинских организаций - женские консультации (кабинеты поликлинических отделений) при центральных районных больницах, районных и городских больницах, акушерских

стационарах первой группы (уровня), оказывающие первичную медико-санитарную помощь женщинам в период беременности, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях.

вторая группа (уровень) - 9 медицинских организаций - женские консультации в составе городских и центральных районных больниц.

третья группа (уровень) - 1 медицинская организация: консультативно-диагностическое отделение СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

Мониторинг состояния беременных осуществляется в зависимости от установленной степени риска с обязательным направлением на консультацию в СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» при наличии средней и высокой степеней риска, в том числе с использованием ЕМИСЗ РК и телемедицинского консультирования.

Распределение потоков направления беременных женщин средней и высокой группы риска, гинекологических больных на амбулаторный консультативный прием может изменяться в зависимости от текущей эпидемиологической обстановки.

**II. Порядок организации оценки антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг) и организации оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода, рисками развития ПЭ, ПР и ЗР плода (далее – Порядок). Организация работы перинатального консилиума.**

1.Схема маршрутизации беременных Республики Крым для проведения скрининговых исследований в I и II триместре беременности на экспертном уровне осуществляется в соответствии с приложением 1 к настоящему Порядку.

2. Функцию кабинетов антенатальной охраны плода (КАОП) возлагается на межрайонные кабинеты пренатальной диагностики (МКПД).

3. Руководителям медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Республики Крым (МЗ РК), оказывающих медицинскую помощь беременным, обеспечить направление беременных **в сроке 11,0 - 13,6 недель** в прикрепленные (согласно схеме маршрутизации) МКПД с функцией КАОП при медицинских организациях акушерского профиля 2 (3) уровня для выявления таких нарушений, как хромосомные аномалии (ХА), врожденные пороки развития плода (ВПР), задержка роста плода (ЗРП), преждевременные роды (ПР) и преэклампсия (ПЭ).

4. Акушер-гинеколог медицинской организации, обеспечивающей наблюдение за течением беременности (лечащий врач) осуществляет запись беременной для проведения ранней пренатальной диагностики в прикрепленный МКПД (согласно схеме маршрутизации) по телефону, оценив корректно гестационный возраст плода (с учетом КТР по данным УЗИ до 11 недель беременности).

5. Беременной женщине выдается на руки Талон-направление, оформленный согласно Приказа МЗ РФ от 20.10.2020 г. №1130н, утвержденного с дополнениями (Приложение 2 к настоящему Порядку). Раздел «Данные о пациентке» в талоне-направлении заполняются врачом или акушеркой женской консультации по месту наблюдения беременной.

6. В МКПД с функцией КАОП при медицинской организации акушерского профиля 2 (3) уровня осуществляется:
- экспертное ультразвуковое исследование (УЗИ) плода (выполняется врачами-специалистами ультразвуковой диагностики (УЗД), прошедшими тематическое усовершенствование по профилю «Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии» и повышение квалификации по проведению УЗИ скринингов в I триместре (диагностика нарушений развития плода) и получившими сертификацию FMF (международный Фонд медицины плода) по оценке маркеров хромосомных аномалий (толщина воротникового пространства и оценка носовых костей плода), а также цервикометрии и допплеровскому исследованию маточных артерий; результаты УЗИ вносятся в протокол скрининга 11-14 недель беременности, форма которого предусмотрена приложением №7 к «Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному Приказом №1130н (Приложение 3 к настоящему Порядку) и выдаются беременной на бумажном носителе; а также (в необходимом объеме) вносятся в раздел «Данные об обследовании» Талона-направления (Приложение 2 к настоящему Порядку); врач УЗД сохраняет в архиве ультразвукового прибора ультразвуковые изображения и/или клипы, подтверждающие методически правильную (в соответствии требованиям FMF) оценку маркеров ХА и анатомии плода и (по требованию) передает данные материалы для аудита в МГЦ главному внештатному специалисту по ультразвуковой пренатальной диагностике; при выявлении у плода ВПР, для верификации диагноза, беременная направляется в МГЦ Перинатального центра (дата и время приема в МГЦ ПЦ согласовываются по телефону);
- измерение антропометрических данных беременной (вес, рост) и двукратное измерение артериального давления на обеих руках с последующим внесением полученных результатов в Талон-направление (раздел "Данные об обследовании") (Приложение 2 к настоящему Порядку);
- забор крови в пробирку с разделительным гелем (осуществляется в процедурном кабинете МКПД) на определение связанного с беременностью плазменного протеина А (PAPP-A) и уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови матери (св. β-ХГЧ) - сывороточные маркеры I триместра;
7. В МГЦ Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» (3 уровень) осуществляется:
- биохимический скрининг и последующий расчет индивидуального комбинированного риска хромосомных аномалий (ХА), задержки роста плода (ЗРП), преждевременных родов (ПР) и преэклампсии (ПЭ) посредством программного обеспечения «Астрая» (на основании результатов экспертного УЗИ I триместра, исследования уровня сывороточных маркеров и информации талона-направления); результаты расчета индивидуального комбинированного риска ХА, ЗРП, ПР и ПЭ передаются лечащему врачу в медицинскую организацию, в которой проводится наблюдение за течением беременности, на бумажном носителе, в том числе для последующего внесения в учетную форму №111/у-20 и в учетную форму №113/у-20;

- планируется дальнейшая маршрутизация беременных, в зависимости от группы риска рождения ребенка с ХА (1:1 - 1:100 группа высокого риска; 1:101-1:1000 группа среднего риска; 1:1001 и далее группа низкого риска); после получения заключения расчета индивидуального риска, беременные, отнесенные в группу среднего риска хромосомных аномалий (1:101-1:1000) по программе Астрая (прошедшие биохимический скрининг I триместра в МГЦ Перинатального центра), направляются акушерами-гинекологами, наблюдающими беременность (лечащим врачом) на неинвазивный пренатальный тест (НИПТ) - определение внеклеточной ДНК плода в крови матери; беременные, отнесенных в группу высокого риска (1:101-1:1000) по акушерским осложнениям (ЗРП, ПР, ПЭ) после обследования по программе Астрая, направляются лечащим врачом в кабинет антенатальной охраны плода (КОАП) КДП СППЦ (в том числе, заключения беременных группы высокого риска акушерских осложнений передаются непосредственно в КАОП КДП СППЦ сразу после расчета риска из лаборатории МГЦ);
- осуществляется повторный скрининг УЗИ I триместра беременности до срока 14,0 недель для подтверждения группы высокого (1:1 - 1:100) риска, а так же экспертное УЗИ II триместра всех беременных с значениями среднего риска до 1:400, если беременной не проводился НИПТ для перерасчета ранее установленного риска.
- осуществляется медико-генетическое консультирование беременных в группах высокого риска ХА (1:1 - 1:1000) и попавших в высокий риск после перерасчета ранее установленных рисков, для дальнейшего дообследования (обследования НИПТ и / или проведения инвазивной пренатальной диагностики);
- выполняется инвазивная пренатальная диагностика (ИПД) по следующим показаниям:
а) при повышенном риске моногенной и (или) хромосомной аномалии у плода (по данным анамнеза) вне зависимости от результатов проведения пренатального скрининга I триместра;
б) с выявленными признаками ВПР у плода по результатам УЗИ скрининга I триместра;
в) с высоким риском рождения ребенка с ХА по результатам расчета индивидуального комбинированного риска I триместра беременности после медико-генетического консультирования (включая, при необходимости, перерасчет исходного риска);
г) с высоким риском рождения ребенка с ХА по результатам НИПТ ИПД производится следующими методами: биопсия ворсин хориона / плаценты, амниоцентез, кордоцентез (по дополнительным показаниям); медицинские показания к проведению ИПД и метод ее проведения определяет врач-генетик. Противопоказания к проведению ИПД определяют совместно врач генетик и врач акушер-гинеколог отделения КДП перинатального центра. При высоком риске ХА по результатам НИПТ предпочтительным методом ИПД является амниоцентез. Взятие биологического материала при ИПД осуществляется в амбулаторных условиях (дневного стационара) врачом акушером-гинекологом (приоритетно) или врачом генетиком / врачом УЗД (при наличии

базовой интернатуры / ординатуры по акушерству и гинекологии), прошедшим подготовку (курсы тематического усовершенствования) по проведению инвазивной пренатальной диагностики. Образцы биологического материала с направлением доставляются в цитогенетическую лабораторию МГЦ для кариотипирования или другую молекулярно-генетическую лабораторию (при необходимости) с выпиской из медицинской документации беременной. Результаты ИПД (цитогенетическое заключение) интерпретирует врач-генетик. При выявлении хромосомных аномалий у плода беременная направляется на перинатальный консилиум.

- в МКПД (МГЦ) проводится плановый УЗИ скрининг II триместра (18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней) беременным, прикрепленным, согласно маршрутизации, МО отнесенных в группу низкого риска по программе Астрая);
- главным внештатным специалистом МЗ РК по ультразвуковой пренатальной диагностике (или уполномоченным врачом, имеющим соответствующий опыт в пренатальной диагностике) осуществляется верификация диагноза при подозрении на ВПР плода у беременных, обследованных до этого в других лечебных учреждениях РК. В случае выявления / подтверждения у плода ВПР группы летального риска, врачами МГЦ проводится ультразвуковой пренатальный консилиум (в составе не менее двух специалистов). Заключение выдается беременной на бумажном носителе за подписью не менее 2 врачей УЗД. Беременная информируется о наличии у плода выявленных анатомических нарушениях развития и направляется на медико-генетическое консультирование и перинатальный консилиум в ПЦ.

8. Для выявления у плода ВПР, маркеров ХАII триместра беременности, риска ЗРП, ПР и ПЭ, осуществляется ультразвуковой скрининг**в сроках 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней;** плановый УЗИ скрининг II триместра выполняется на базе МКПД с функцией КАОП при медицинских организациях акушерского профиля 2 (3) уровня согласно схеме маршрутизации (Приложение 1 к настоящему Порядку, отнесенных в группу низкого риска по программе Астрая - они проходят скрининг II триместра по месту наблюдения); запись на УЗИ скрининг II триместра осуществляется по алгоритму, аналогичному в I триместре (см. пункт № 6).

УЗИ плода (выполняется врачами-специалистами ультразвуковой диагностики (УЗД), прошедшими тематическое усовершенствование по профилю «Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии» и повышение квалификации по проведению УЗИ скрининга во II триместре (диагностика нарушений развития плода и оценка маркеров хромосомных аномалий во II триместре), а также цервикометрии и допплеровскому исследованию маточных артерий; результаты УЗИ вносятся в протокол скрининга 18 недель 0 дней — 20 недель 6 дней беременности, форма которого предусмотрена приложением № 9 к «Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному Приказом №1130н (Приложение 4 к настоящему Порядку) и выдаются беременной на бумажном носителе; при выявлении у плода ВПР и / или маркеров ХА, для верификации диагноза беременная направляется в МГЦ Перинатального центра для

проведения повторного УЗИ (дата и время приема в МГЦ ПЦ согласовываются по телефону) и перерасчета индивидуального риска ХА (врачом-генетиком МГЦ при необходимости) с учетом выявленных изменений. При подтвержденных ВПР и / или ХА у плода, беременная направляется в МГЦ на консультацию врача генетика и на перинатальный консилиум.

9. В случае принятия беременной (семьей) решения об искусственном прерывании беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода до 22 недель, беременная направляется для искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение не ниже 2 уровня акушерской помощи. Верификация диагноза проводится на основе результатов патологоанатомического вскрытия плода, которое проводится в патологоанатомическом отделении ГБУЗ РК «РДКБ» (ул.Титова 77), а также молекулярно-генетических исследований, экспертной оценки изображений, полученных при УЗИ, МРТ, КТ.

10. Для проведения оценки антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) **в сроках 34 недели 0 дней - 35 недель 6 дней** (пренатальный скрининг III триместра), беременная направляется в медицинскую организацию, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую, в том числе, работу (услугу) по ультразвуковой диагностике (женские консультации, в которых наблюдается беременная); ультразвуковое исследование (УЗИ) плода (выполняется врачами-специалистами ультразвуковой диагностики (УЗД), прошедшими тематическое усовершенствование по профилю «Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии» и повышение квалификации по проведению УЗИ скрининга во II триместре (диагностика нарушений развития плода во II триместре), а также цервикометрии и допплеровскому исследованию маточно-плацентарного кровотока (определение пульсационного индекса на маточных артериях, в артерии пуповины, в средней мозговой артерии) и определения пиковой систолической скорости в средней мозговой артерии; результаты УЗИ вносятся в протокол скрининга 34 недели 0 дней — 35 недель 6 дней беременности, форма которого предусмотрена приложением № 9 к «Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному Приказом №1130н (Приложение 5 к настоящему Порядку) и выдаются беременной на бумажном носителе; при выявлении у плода ВПР, для верификации диагноза, беременная направляется в МГЦ Перинатального центра для проведения повторного УЗИ (дата и время приема в МГЦ ПЦ согласовываются по телефону) и, при необходимости, консультации врачом-генетиком МГЦ с учетом выявленных изменений (при необходимости). При выявлении у плода нарушений плацентарного и/или плодового кровотока, беременной рекомендуется консультация лечащего врача (по месту наблюдения) или, в зависимости от клинической значимости выявленных изменений, врача акушере-гинеколога КДП Перинатального центра.

11. В случае отсутствия у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности по ультразвуковой диагностике,

для проведения пренатального скрининга третьего триместра беременная направляется в межрайонный кабинет пренатальной диагностики или в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода.

12. Возложить сбор катамнестических данных по исходам беременностей в группе высокого риска (1:1 - 1:100) акушерских осложнений (ЗРП, ПР, ПЭ) по программе Астрая (в том числе, таких данных: срок родов, вес и пол плода, развитие акушерских осложнений и сроки их начала в периоды беременности, многоплодие) на КАОП КДП СППЦ, с последующим внесением их в программу Астрая для проведения аудита в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова».

**13. Организация проведения пренатального консилиума.**

При диагностированных пороках развития плода (далее - ПРП), тяжелой экстрагенитальной патологии у беременной, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи беременной и/или новорожденному, беременная женщина направляется в перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», где проводится перинатальный консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врачей-специалистов медицинского генетика, ультразвуковой диагностики, а также по профилю выявленного ПРП (далее - ПК).

При наличии у беременной тяжелого соматического заболевания, установленного по результатам осмотров врачей-специалистов, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, который утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 , и (или) при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга I и II триместра, и (или) при возникновении осложнений беременности, угрожающих жизни и здоровью матери и (или) плода, и иных заболеваний (состояний) беременная должна быть направлена на перинатальный консилиум.

Перинатальный консилиум проводится с целью определения дальнейшей тактики и медицинской организации для наблюдения за течением беременности, объема обследования, сроков лечения и родоразрешения, а также о необходимости проведения консультации с применением телемедицинских технологий, со специалистами медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в том числе национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ).

1. Перинатальный консилиум созывается в перинатальном центре по инициативе врача консультативно – диагностической поликлиники (КДП), который определяет медицинские показания, являющиеся причиной проведения перинатального консилиума.
2. Для проведения консультации в КДП перинатального центра акушер-гинеколог медицинской организации, обеспечивающей наблюдение за течением беременности (лечащий врач) направляет беременную после

обследования согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ «Нормальная беременность», а так же по профилю соматического заболевания.

3. При выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга беременная проходит обследование в медико – генетическом центре (МГЦ) для подтверждения диагноза и направляется на пренатальный консилиум. Перечень документов, согласно приложение 7 к настоящему Порядку)

4. Все исследования должны быть внесены в учетную форму № 113/у – 20.

5. Персональный состав консилиума (Приложение 6 к настоящему Порядку).

6. Даты проведения консилиума определяются руководителем перинатального центра, в котором он созывается, с учетом поданных заявок врачей КДП и медицинских показаний, являющихся причиной проведения перинатального консилиума. Планово не реже двух раз в месяц.

7. К работе перинатального консилиума может привлекаться медицинский психолог.

8. При необходимости, для решения вопроса об уровне оказания помощи беременной или новорожденному, в состав консилиума могут включаться врачи-специалисты иных медицинских организаций, включая специалистов НМИЦ в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

9. ТМК проводят врачи АКДЦ перинатального центра. Для проведения ТМК лечащий врач, предоставляет выписку из индивидуальной карты беременной (учетная форма №111/у-20) в ЕМИСЗ РК в течение трех рабочих дней.

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

11. Форма заключения перинатального консилиума (Приложение 8 к настоящему Порядку).

12. Форма журнала для регистрации выдачи заключения перинатального консилиума (Приложение 9 к настоящему Порядку)

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

14. Руководитель перинатального консилиума представляет беременной информацию о результатах ее обследования, сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, о возможных методах лечения, ближайших и отдаленных исходах выявленного заболевания (состояния). При наличии у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода перинатальный консилиум представляет информацию беременной и членам ее семьи о результатах инструментального,

лабораторного генетического обследования, прогнозе для здоровья и жизни будущего ребенка.

15. Информация предоставляется с учетом состояния беременной, при необходимости приглашается специалист по социальной работе для информирования о мерах социальной поддержки и ранней помощи юрисконсульт для консультирования по правовым вопросам и иные специалисты.

16. При проведении перинатального консилиума беременная заполняет Бланк добровольного информированного согласия/отказа на пролонгирование беременности с пренатально установленными ВПР и ХА у плода (Приложение 10 к настоящему Порядку).

17. Членами консилиума выдается направление (форма 057/у) на госпитализацию беременной для проведения операции (процедуры) прерывания беременности в медицинскую организацию согласно маршрутизации.

18. Если по заключению ПК 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» - федеральные центры.

19. При выявлении ПРП сердечно-сосудистой системы, требующего хирургической коррекции, беременные женщины направляются для родоразрешения в федеральные центры после предварительной ТМК.

20. Маршрутизация беременных женщин с пренатально установленными хромосомными аномалиями (ХА), летальными/ некорригируемыми пороками развития у плода и пороками развития (ВПР), требующими экстренной или отсроченной хирургической коррекции осуществляется согласно Алгоритма (приложение 11 к настоящему Порядку);

Приложение 1
к Порядку II

**Схема маршрутизации беременных Республики Крым для проведения скрининговых исследований в I и II триместре беременности.**

| № | **МКПД с функцией КАОП** (название медучреждения, адрес) | **Прикрепленные территории** (название медучреждений, прикрепленных территорий) |
|---|---|---|
| 1. | ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко» СП Перинатальный центр, МГЦ г.Симферополь, ул.Семашко, 8 | ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница» |
| | | ГБУЗ РК «Бахчисарайская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Белогорская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №1» |
| 2. | ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2» г.Симферополь, ул. 60 лет Октября, 30 | ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2» |
| | | |
| 3. | ГБУЗ РК «Джанкойская ЦРБ» Женская консультация г.Джанкой, ул.Ватутина 1 | ГБУЗ РК «Джанкойская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Красногвардейская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Нижнегорская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Красноперекопская центральная городская больница» |
| | | ГБУЗ РК «Армянская центральная городская больница» |
| 4. | ГБУЗ РК «Евпаторийский родильный дом» женская консультация г. Евпатория, ул. Дмитрия Ульянова 3 | ГБУЗ РК «Евпаторийский родильный дом» |
| | | ГБУЗ РК «Первомайская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Сакская районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Раздольненская центральная районная больница» |

| | | |
|---|---|---|
| | | ГБУЗ РК «Черноморская центральная районная больница» |
| 5. | ГБУЗ РК «Керченский родильный дом №1», г.Керчь, ул. Петрова, 12 | ГБУЗ РК «Керченский родильный дом» |
| | | ГБУЗ РК «Ленинская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Багеровская центральная районная больница» |
| 6. | ГБУЗ РК «ОСП Феодосийский медицинский центр» родильный дом с женской консультацией<br>г. Феодосия, ул. Галерейная, 21 | ГБУЗ РК «ОСП Феодосийский медицинский центр» родильный дом с женской консультацией |
| | | ГБУЗ РК «Судакская городская больница» |
| | | ГБУЗ РК «Советская районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Кировская центральная районная больница» |
| | | ГБУЗ РК «Старокрымская районная больница им. академика Амосова» |
| 7. | ГБУЗ РК «Ялтинский родильный дом»<br>г. Ялта, ул. Григорьева, 38 | ГБУЗ РК «Ялтинская городская больница №1» |
| | | ГБУЗ РК «Ялтинский родильный дом» |
| | | ГБУЗ РК «Алупкинская городская больница» |
| | | ГБУЗ РК «Алуштинская центральная городская больница» |

Приложение 2
к Порядку II

**Талон-направление**
**на исследование сывороточных маркеров**
**PAPP-A и св. β-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности**
**с данными УЗИ для расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ**

**Данные о пациентке**
**(заполняются по месту наблюдения беременнойженщины)** │ штрих-код │

| |
|---|
| ФИО беременной: _____ |
| Дата рождения: _____Номер карты беременной:_____ |
| Адрес проживания: Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____ |
| Район: _____ Нас. пункт: _____ |
| Телефон: _____ Профессия: _____ |
| Город: _____ Номер Ж/К: _____ |
| ФИО врача _____Конт. тел.: _____ |
| АНАМНЕЗ:<br>Количество родов (всего) _____<br>Количество преждевременных родов: в сроки 16-30 недель _____<br>в сроки 31-36 недель _____<br>Количество родов после 37 недель _____ |

Этническая группа: белая; негроидная раса; южная азия; восточная азия; другое (подчеркнуть)
Курение: да; нет (подчеркнуть) Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть)
Сахарный диабет: нет, 1 тип, 2 тип (подчеркнуть)
Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть)
Системная красная волчанка: да; нет(подчеркнуть)
Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)
Преэклампсия при предыдущей беременности :да; нет (подчеркнуть)
Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности: да, нет (подчеркнуть)
Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет(подчеркнуть)

| |
|---|
| Зачатие: естественное; ЭКО; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть) |
| Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации_____лет;<br>донорская яйцеклетка: возраст донорана период консервации_____лет;<br>донорский эмбрион: возраст донора на период консервации _____лет; |
| Хромосомные аномалии плода или ребенка в анамнезе: трисомия 21;трисомия 18; трисомия 13 (подчеркнуть) |

**Данные об обследовании**
**(заполняются в КАОП учреждений 2-й группы)**
Адрес КАОП (город) _____ **УЗИ:** Дата _____
**Врач УЗД (ФИО)**_____**ID** _____

Вес (кг)_____ Рост (см)_____
Артериальное давление: правая рука (2 измерения) ____/___; _____/_____ мм рт ст
левая рука (2 измерения) ____/___; _____/_____ мм РТ ст

| |
|---|
| Количество плодов: _____<br>Для многоплодной беременности указать: монохориальная; дихориальная (подчеркнуть) |
| **КТР (мм) плод 1____ ТВП (мм) _____ ЧСС_____ уд/мин**<br>Носовая кость Норма, Патология (подчеркнуть)<br>ПИ венозного протока_____ Трикуспидальныйклапан: Норма, Реверс (подчеркнуть)<br>Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис____мм |
| **КТР (мм) плод 2____ ТВП (мм) _____ ЧСС_____ уд/мин**<br>Носовая кость Норма, Патология (подчеркнуть)<br>ПИ венозного протока_____ Трикуспидальный клапан: Норма, Реверс (подчеркнуть)<br>Комментарии (др.эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацистис____мм |
| Шейка матки _____ (мм) ПИ в маточных артериях _____ слева _____ справа |
| Биохимический скрининг: Дата взятия крови: _____<br><br>ФИО и подпись медсестры ОК ПД: _____<br><br>Подпись и печать врача КОАП |
| **Примечание:**<br>1. Талон из КАОП передается в лабораторию для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров PAPP-A и св. β-ХГЧ вместе с образцом крови беременной для расчета индивидуального риска ХА, ЗРП, ПР, ПЭ и статистического учета случаев<br>2. Для расчета риска ХА в КАОП допускается измерение одного основного маркера, ТВП |

Приложение 3
к Порядку II

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения, телефон

**Протокол ультразвукового скринингового исследования плода**
**в 11-14 недель беременности № ___** (указать)

*(регламентирован и утвержден приказами МЗ РФ № 1130н от 20.10.2020 г.и № 742н от 19.12.2025.)*

| |
|---|
| **Дата исследования**: |
| **Ф.И.О. беременной**: **Возраст беременной (и дата рождения)**: |
| **Адрес (**город / район проживания)**:** **Наблюдение по беременности** (учреждение): |
| **Первый день последней менструации**: **Срок беременности**: _____ нед _____ дней |
| **По данным УЗИ от** (указать дату) **:** **Срок беременности** (по КТР): _____ нед _____ дней |
| **Вид исследования**: трансабдоминальный / трансвагинальный (указать) |
| **Визуализация**: удовлетворительная / затруднена (умеренным гипертонусом матки / повышенной эхоплотностью передней брюшной стенки женщины) (указать) |
| **Количество плодов в полости матки** (указать): ___ |
| Хориальность / амниальность при многоплодии (указать) |
| **Сердцебиение плода**: определяется / не определяется ЧСС плода __ (уд./мин.) (указать) |
| **Фетометрия** (мм), * соответствует / не соответствует сроку беременности (указать):<br>Копчиково-теменной размер (КТР) _____ мм, соответствует ____ нед ____ дней<br>Бипариетальный диаметр (БПР) _____ мм, соответствует ____ нед ____ дней<br>Окружность головы (ОГ) _____ мм, соответствует ____ нед ____ дней<br>Окружность живота[1] (ОЖ) _____ мм, соответствует ____ нед ____ дней<br>Длина бедра (ДБ) _____ мм, соответствует ____ нед ____ дней |
| **Оценка маркеров хромосомных аномалий**<br>**Толщина воротникового пространства**:____ мм *<br>**Носовая кость**: визуализируется * / не визуализируется / не удалось оценить (указать)<br>Оценка дополнительных маркеров (трикуспидальная регургитация, ПИ в венозном протоке) проводятся по дополнительным показаниям |
| **Оценка анатомии плода**<br>**Голова:** кости сводачерепа, срединные структуры, сосудистые сплетения, IV желудочек головного мозга (указать: норма / выявлены изменения / не удалось оценить)<br>**Живот:** желудок; кишечник; передняя брюшная стенка; почки[1], мочевой пузырь (указать: норма / выявлены изменения / не удалось оценить)<br>**Лицо:** глазницы, профиль (указать: норма / выявлены изменения / не удалось оценить)<br>**Позвоночник**: (указать: норма / выявлены изменения / не удалось оценить)<br>**Сердце:** ось, позиция, размеры, 4-х камерный срез (указать: норма / выявлены изменения / не удалось оценить)<br>**Конечности (включая кисти и стопы):** норма / выявлены изменения / не удалось оценить (указать) |
| **Врожденные пороки развития плода**: не обнаружено / обнаружено[2](указать) |

| |
|---|
| **Особенности строения плода**: не обнаружено / обнаружено[2](указать) |
| **Плацента (преимущественная локализация)**: передняя / задняя стенка матки / дно матки / другое (указать); расположенавне зоны предлежания / низко(на расстоянии мм от внутреннего зева /достигает область внутреннего зева / перекрывает область внутреннего зева) (указать); толщина и структура плаценты соответствуют / не соответствуют[2] сроку беременности (указать)<br>**Место прикрепления пуповины к плаценте:** центральное / краевое / оболочечное / не удалось оценить (указать);<br>**Количество сосудов пуповины:** 3 / 2 / не удалось оценить (указать)<br>**Область придатков:** без особенностей / изменена[2](указать)<br>**Структура миометрия:** без особенностей / изменена[2](указать) |
| **Кесарево сечение в анамнезе:** нет / есть (указать количество) (указать)<br>**Толщина миометрия в области рубца:** __мм; (указать) / не удалось оценить (указать)<br>**Плацента относительно рубца:** не перекрывает / перекрывает / достигает область рубца |
| **Шейка матки (цервикометрия):** форма (Т / Y – образная)**, длина** __ мм (указать)<br>**ПИ в маточных артериях:** справа ___; слева **__; среднее значение** __ (норма / > нормы) (указать) |
| **Заключение:** Беременность _____ недель _____ дней (**по КТР**) |
| **Рекомендации:** Медико-генетическое консультирование/консультация акушера-гинеколога /верификация диагноза в Перинатальном центре (МГЦ) (при наличии рекомендаций указать) |
| **Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики:** |

[1] Оценка ( или измерение) не является обязательной

[2] При выявлении изменений требуется подробное описание

* При необходимости (отклонении от нормативных значений) указать процентиль

Приложение 4
к Порядку II

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения, телефон

**Протокол ультразвукового скринингового исследования плода**
**в 18-21 неделю беременности № ___** (указать)

*(регламентирован и утвержден приказами МЗ РФ № 1130н от 20.10.2020 г.и № 742н от 19.12.2025.)*

| | |
|---|---|
| **Дата исследования:** | |
| **Ф.И.О. беременной:** | **Возраст беременной (и дата рождения):** |
| **Адрес (**город / район проживания)**:** | **Наблюдение по беременности** (учреждение): |
| **Первый день последней менструации:** | **Срок беременности:**_____ нед _____ дней |
| **По УЗИ ( I скрининг) от:** (указать дату)**Срок беременности (по КТР):** _____ нед_____ дней | |
| **Вид исследования**: трансабдоминальный / трансвагинальный (указать)<br>Количество плодов (указать) _____ | |
| **Визуализация**: удовлетворительная / затруднена (умеренным гипертонусом матки / повышенной эхоплотностью передней брюшной стенки женщины) (указать) | |
| **Сердцебиение плода:** определяется / не определяется **ЧСС плода** (уд./мин.) _____ (указать);<br>другое (указать) | |
| **Фетометрия**<br>*( в мм с указанием соответствия сроку беременности и в процентильных значениях при отклонении)*<br>Бипариетальный размер (БПР) _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Окружность живота (ОЖ) ____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Окружность головы (ОГ) _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Длина бедер (ДБ) _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Межполушарный р-р мозжечка _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Длина других костей[3] | |
| Размеры плода соответствуют сроку беременности: да / нет / размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (указать) | |
| **Предполагаемаямасса плода** _____ грамм (процентиль для данного срока _____ ) (указать) | |

**Анатомия плода**

*(по каждой системе указать: норма / выявлены изменения / не удалось оценить)*

**Голова:** кости свода черепа; полость прозрачной перегородки; срединные структуры; задние рога боковых желудочков: справа ____ мм; слева ____ мм; большая цистерна ____ мм (норма / выявлены изменения / не удалось оценить)

**Расположение внутренних органов:** нормальное (situssolitus) / зеркальное (situsinversus) /неопределенное (situsambiquous) (указать)

**Сердце:** ось, позиция, размеры, 4-х камерный срез, срез через 3 сосуда и трахею, левый выносящий тракт, правый выносящий тракт[3](норма / выявлены изменения / не удалось оценить)

**Лицевые структуры:** губы, профиль, глазницы, нос, ноздри, кости носа (длина) ____ мм (норма / выявлены изменения/ не удалось оценить) (указать)

**Шея:** патологическихизменений не выявлено / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Брюшная полость:** желудок, кишечник, почки, мочевой пузырь, область пупочного кольца (норма / выявлены изменения / не удалось оценить) (указать)

**Грудная клетка:** без особенностей / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Позвоночник:** изменений не выявлено / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Конечности (включая кисти и стопы):** (норма / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Врожденные пороки развития плода:** не обнаружено/ обнаружено[2] (указать)

**Особенности строения плода** (в т.ч. наличие эхо-маркеров ХА)**:** укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в ЛЖ сердца, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренное расширение почечных лоханок, вентрикуломегалия, другое (указать)

**Плацента:** расположена по передней / задней стенке / у дна матки (указать); структура и толщина соответствуют / не соответствуют сроку гестации (указать); положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на _____ мм от области внутреннего зева /достигает / перекрывает область внутреннего зева) (указать)

**Место прикрепления пуповины к плаценте:** центральное / краевое / оболочечное / не удалось оценить (указать)

**Количество сосудов пуповины:** 3/2/ не удалось оценить (указать)

**Количество околоплодных вод:** норма / многоводие / маловодие (указать)

Индекс амниотической жидкости (ИАЖ) _____ мм / максимальный вертикальный карман _____ мм (в том числе, указать нормативные значения для срока гестации при отклонениях)

**Область придатков:** без особенностей / изменена[2](указать)

**Структура миометрия:** не изменена / изменена[2](указать)

**Кесарево сечение в анамнезе:** нет / есть (указать количество) (указать);

**Толщина миометрия в проекции рубца:** __мм; (указать) / не удалось оценить (указать)

**Плацента относительно рубца:** не перекрывает /перекрывает/ достигает область рубца (указать)

**Шейка матки (цервикометрия):** форма (Т / Y – образная /U – образная)**, длина** (сомкнутой части) __ мм (указать)

**ПИ (пульсационный индекс) на маточных артериях:** среднее значение __ (норма / > 95 процентиля) (указать)

**Дополнительная информация:** (при наличии таковой)

**Заключение:** Беременность _____ недель _____ дней (**по КТР**, указанному в протоколе скрининга 1 триместра)

**Рекомендации:** (при наличии указать)

**Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики:**

[1] Оценка (или измерение) не является обязательной
[2] При выявлении изменений требуется подробное описание
[3] Оценка проводится по показаниям

Приложение 5
к Порядку II

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения, телефон

**Протокол ультразвукового скринингового исследования плода**
**в 34 - 36 недель беременности № ___** (указать)

Рекомендован к применению в других сроках III триместра

*(регламентирован и утвержден приказами МЗ РФ № 1130н от 20.10.2020 г.и № 742н от 19.12.2025.)*

| | |
|---|---|
| **Дата исследования:** | |
| **Ф.И.О. беременной:** | **Возраст беременной (и дата рождения):** |
| **Адрес (**город / район проживания)**:** | **Наблюдение по беременности** (учреждение): |
| **Первый день последней менструации:** | **Срок беременности:**_____ нед _____ дней |
| **По УЗИ ( I скрининг) от:** (указать дату)**Срок беременности (по КТР):** _____ нед_____ дней | |
| **Вид исследования**: трансабдоминальный / трансвагинальный (указать)<br>Количество плодов (указать) _____ | |
| **Визуализация**: удовлетворительная / затруднена (умеренным гипертонусом матки / повышенной эхоплотностью передней брюшной стенки женщины) (указать) | |
| **Сердцебиение плода:** определяется / не определяется **ЧСС плода** (уд./мин.) _____ (указать);<br>другое (указать) | |
| **Фетометрия**<br>*( в мм с указанием соответствия сроку беременности и в процентильных значениях при отклонении)*<br>Бипариетальный размер (БПР) _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Окружность живота (ОЖ) ____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Окружность головы (ОГ) _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Длина бедер (ДБ) _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Межполушарный р-р мозжечка _____ мм соответствует ____ нед ____ дней<br>Длина других костей[3] | |
| Размеры плода соответствуют сроку беременности: да / нет / размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (указать) | |
| **Предполагаемаямасса плода** _____ грамм (процентиль для данного срока _____ ) (указать) | |

**Анатомия плода**

*(по каждой системе указать: норма / выявлены изменения / не удалось оценить)*

**Голова:** кости свода черепа; полость прозрачной перегородки; срединные структуры; задние рога боковых желудочков: справа ____ мм; слева ____ мм; большая цистерна ____ мм (норма / выявлены изменения / не удалось оценить)

**Расположение внутренних органов:** нормальное (situssolitus) / зеркальное (situsinversus) /неопределенное (situsambiquous) (указать)

**Сердце:** ось, позиция, размеры, 4-х камерный срез, срез через 3 сосуда и трахею, левый выносящий тракт, правый выносящий тракт[3](норма / выявлены изменения / не удалось оценить)

**Лицевые структуры:** губы, профиль, глазницы, нос, ноздри, кости носа (норма / выявлены изменения/ не удалось оценить) (указать)

**Шея:** патологическихизменений не выявлено / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Брюшная полость:** желудок, кишечник, почки, мочевой пузырь, область пупочного кольца (норма / выявлены изменения / не удалось оценить) (указать)

**Грудная клетка:** без особенностей / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Позвоночник:** изменений не выявлено / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Конечности (включая кисти и стопы):** (норма / выявлены изменения / не удалось оценить (указать)

**Врожденные пороки развития плода:** не обнаружено/ обнаружено[2] (указать)

**Особенности строения плода** (в т.ч. наличие эхо-маркеров ХА)**:** укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в ЛЖ сердца, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренное расширение почечных лоханок, вентрикуломегалия, другое (указать)

**Плацента:** расположена по передней / задней стенке / у дна матки (указать); структура и толщина соответствуют / не соответствуют сроку гестации (указать); положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на _____ мм от области внутреннего зева /достигает / перекрывает область внутреннего зева) (указать)

**Место прикрепления пуповины к плаценте:** центральное / краевое / оболочечное / не удалось оценить (указать)

**Количество сосудов пуповины:** 3/2/ не удалось оценить (указать)

**Количество околоплодных вод:** норма / многоводие / маловодие (указать)

Индекс амниотической жидкости (ИАЖ) _____ мм / максимальный вертикальный карман _____ мм (в том числе, указать нормативные значения для срока гестации при отклонениях)

**Область придатков:** без особенностей / изменена[2](указать)

**Структура миометрия:** не изменена / изменена[2](указать)

**Кесарево сечение в анамнезе:** нет / есть (указать количество) (указать);

**Толщина миометрия в проекции рубца:**__ мм; (указать) / не удалось оценить (указать)

**Плацента относительно рубца:** не перекрывает /перекрывает/ достигает область рубца (указать)

**Шейка матки (цервикометрия):** форма (Т / Y / U – образная)**, длина** (сомкнутой части)__ мм (указать)

**Допплерометрия** [3]

**ПИ (пульсационный индекс) на маточных артериях:** среднее значение __ (указать)
(норма / > 95 процентиля) (указать)

**ПИ в артерии пуповины:** (указать) (норма / > 95 процентиля)

**ПИ в средней мозговой артерии:** (указать) (норма / < 95 процентиля)

**Дополнительная информация:** (при наличии таковой)

**Заключение:** Беременность _____ недель _____ дней
(**по КТР**, указанному в протоколе скрининга 1 триместра)

**Рекомендации:** (при наличии указать)

**Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики:**

[1] Оценка (или измерение) не является обязательной
[2] При выявлении изменений требуется подробное описание
[3] **Оценка проводится по показаниям**

Приложение 6
к Порядку II

**Состав перинатального консилиума**

1. Заведующий СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» - председатель.
   Члены консилиума:
2. Главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Акушерство и гинекология».
3. Главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Неонатология»
4. Главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Медицинская генетика»
5. Главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Пренатальная ультразвуковая диагностика»
6. Главные внештатные специалисты МЗ РК по профилю соматической патологии и (или) назначенные ими специалисты.
7. Заведующий консультативно – диагностической поликлиникой СП Перинатальный центр
8. Секретарь – врач акушер – гинеколог консультативно – диагностической поликлиникой СП Перинатальный центр

Приложение 7
к Порядку II

**Перечень документов, представляемых беременной на специализированный перинатальный консилиум**

1. Паспорт
2. Страховой медицинский полис
3. Обменная карта беременной
4. Согласие на обработку персональных данных
5. Заключение генетика с пренатальным диагнозом
6. Копия Протокола экспертного УЗИ 3 уровня (консилиум в составе 2 и более врачей УЗД)
7. Данные пренатального лабораторного генетического обследования при наличии ХА (кариотип)

Приложение 8
к Порядку II

## Форма заключения перинатального консилиума
### СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им Н.А. Семашко»

Дата обращения_____ №_____

Ф.И.О. _____Возраст_____
Адрес проживания_____

Диагноз:_____
_____
_____
_____
Прогноз для жизнеспособности_____
Прогноз для здоровья:_____

Рекомендации консилиума:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Состав консилиума
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Приложение 9
к Порядку II

# Журнал
# для регистрации выдачи заключений
# специализированного перинатального консилиума

(внутренняя часть)

| Номер Заключения | Дата выдачи | Ф.И.О. | Адрес учреждения МЗ | Заключительный диагноз | Код МКБ - 10 | Прогноз | Маршрутизация | Подпись Секретаря консилиума |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Приложение 10
к Порядку II

**Бланк добровольного информированного согласия/отказа на пролонгирование беременности с пренатально установленными ВПР и ХА у плода**

Я,**_____,**

_____г.р., руководствуясь информацией, предоставленной мне на заседании Специализированного пренатального консилиума об установленном пренатальном диагнозе у моего будущего ребенка, принимаю решение о досрочном прекращении/пролонгировании данной беременности. Мне в понятной и доступной форме разъяснены установленные/потенциальные причины, механизмы и сроки формирования обнаруженных нарушений развития, прогноз для жизни, здоровья и интеллектуального развития ребенка.

Удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия/отказа мною прочитан, назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня в полной мере.

Подпись _____

**Дата_____**

Приложение 11
к Порядку II

**Алгоритм маршрутизации беременных женщин с пренатально установленными хромосомными аномалиями и летальными/некорригируемыми пороками развития у плода, а так же пороками развития, требующими экстренной или отсроченнойхирургической коррекции**

1. При выявлении в порядке массового пренатального скрининга в сроках I триместра беременных группы высокого риска (1:100) хромосомных аномалий (ХА) и ВПР ранней манифестации, в сроках 2/3 триместров беременности эхографических маркеров ХА и ВПР поздней манифестации у плода врач акушер-гинеколог женской консультации направляет беременную в МГЦ для медико-генетического консультирования и установления пренатального диагноза посредством проведения дополнительного экспертного ультразвукового исследования и инвазивных методов обследования.
2. В случае установления ХА и летальных/некорригируемых ВПР у плода, пренатальный консилиум проводится на базе Медико-генетического центра СП Перинатальный центр в составе врача генетика, врача ультразвуковой диагностики, врача акушера-гинеколога с оформлением заключения пренатального консилиума и бланка добровольного информированного согласия/отказа женщины на пролонгирование беременности с пренатально установленными ВПР и ХА у плода.
3. Один экземпляр Заключения пренатального консилиума МГЦ и Бланка добровольного информированного согласия/отказа женщины на пролонгирование беременности с пренатально установленными ВПР и ХА вносятся в амбулаторную медицинскую карту, которая выдаются на руки беременной для предъявления врачу женской консультации по месту наблюдения по беременности. После получения информированного согласия женщины на прерывание беременности, она направляется в гинекологическое отделение для прерывания данной беременности.
4. В случае установления в медико-генетическом центре пренатального диагноза ВПР у плода, требующего экстренной или отсроченной хирургической коррекции, беременная направляется на СПК.
5. Определение дальнейшей тактики ведения беременности и родов, а так же порядок оказания помощи новорожденному ребенку с пренатально установленными ВПР осуществляется в соответствии с заключением и рекомендациями СПК.
6. В случае выявления ВПР у плода - диафрагмальная грыжа, требующим экстренной хирургической коррекции, СПК направляет женщину в

медицинскую организацию 3 уровня на родоразрешение. Беременные женщины, у плода которых антенатально обнаружена диафрагмальная грыжа на сроке не позднее 36 недель беременности направляются для родоразрешения в ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» МЗ РФ, г. Москва.

7. При выявлении у плода ВПР: гастрошизис, атрезия пищевода - беременная направляется для родоразрешения в Федеральный центр. В случае подтверждения сочетания диафрагмальной грыжи и атрезии пищевода с прогностически неблагоприятной хромосомной/генетической патологией, множественными врожденными попроками развития с вовлечением более двух систем и органов, предоставляется информация о возможжности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.
8. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с подозрением на критический ВПС плода перинатальный консилиум врачей руководствуется видами врожденных пороков сердца и степенью срочности выполнения требуемого кардиохирургического вмешательства, разработанного ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России.
9. При наличии у плода ВПС, требующего хирургического вмешательства в периоде новорождённости, по решению консилиума врачей, беременная женщина на сроке не позднее 37 недели беременности направляется для родоразрешения в медицинскую организацию 3 уровня (перинатальный центр), имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, вблизи медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «детская кардиология» и «сердечно--сосудистая хирургия» новорожденным пациентам в Федеральные центры (ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н.Бакулева» МЗ РФ г. Москва, ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова» МЗ РФ г. Санкт-Петербург, ГБУЗ «НИИ ККБ №1 им. С.В.Очаповского» г. Краснодар (по договоренности)».
10. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства по истечении периода новорожденности, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию 3 уровня (перинатальный центр), имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.
11. В случае подтверждения сочетания ВПС с прогностически неблагоприятной хромосомной/генетической патологией, множественными пороками развития с вовлечением более двух систем и органов, требующего последующего хирургического лечение в раннем периоде после рождения, либо наличие комбинированного ВПС, характеризующегося высоким риском неблагоприятного исхода (пороки

с универтрикулярной гемодинамикой, либо требующих конверсию по пути универтрикулярной коррекции) - предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям. В случае отказа родителей от прерывания беременности для вышеописанных ситуаций и для всех остальных случаев, когда внутриутробно у плода выявлен ВПС, следующим шагом, позволяющим снизить летальность у детей, особенно с критическими ВПС, является правильная и своевременная маршрутизация пациента, согласно методическим рекомендациям «Резервы для снижения младенческой смертности от врожденных пороков сердца», разработанных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России.

12. Информация о каждом завершенном случае беременности и родов при пренатально установленном ВПР у ребенка сообщается в СПК и направляется в Медико-генетический центр (statmgcperinatal@gmail.com) СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко» для внесения в медико-генетическую карту и в регистр ВПР.

**III. Порядок ооказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период (далее – Порядок III).**

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, а также новорожденным, в соответствии с приложением № 1 к настоящему Порядку раздел III «Распределение медицинских организаций, оказывающих женщинам медицинскую помощь в условиях стационара в период беременности, родов и послеродовой период» разделяются на три группы (уровня) по возможности оказания медицинской помощи, с учетом региональных особенностей в Республике Крым:

-первая группа (уровень) - акушерские стационары (родильные отделения ЦРБ) - 3 медицинские организации;

- вторая группа - 9 медицинских организаций.

-третья группа - 1 медицинская организация: СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

Приложением № 2 к настоящему Порядку раздел III утвержден Перечень медицинских показаний для госпитализации в учреждения родовспоможения в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

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

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

При ежегодном закрытии акушерских стационаров для проведения плановых противоэпидемических мероприятий в соответствии с действующим СанПиН, утвержденным постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации медицинская организация организует работу ургентного родильного зала в соответствии с приложениями № 22 «Правила организации деятельности ургентного родильного зала» и № 23 «Стандарт оснащения ургентного родильного зала» к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Минздрава России от 19 декабря 2025г. № 747н или согласовывает временное приостановление деятельности с Министерством здравоохранения Республики Крым с соответствующим распоряжением о временной маршрутизации пациентов региона обслуживания в определенную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

Приложение 1
к Порядку III

**Распределение медицинских организаций, оказывающих женщинам медицинскую помощь в условиях стационара в период беременности, родов и послеродовой период**

| 1 группа (уровень) | 2 группа (уровень) | 3 группа (уровень) |
|---|---|---|
| 1. ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ» | 1. ГБУЗ РК Симферопольский клинический родильный дом № 1 | ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» СП Перинатальный центр. |
| 2. ГБУЗ РК «Ленинская ЦРБ» | 2. ГБУЗ РК Симферопольский клинический родильный дом № 2 | |
| 3. ГБУЗ РК «Судакская ГБ» | 3. ГБУЗ РК «Керченский родильный дом» | |
| | 4. ГБУЗ РК «Евпаторийский родильный дом» | |
| | 5. ГБУЗ РК «Феодосийский медицинский центр. СП Родильный дом с женской консультацией» | |
| | 6. ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница» | |
| | 7. ГБУЗ РК «Джанкойская ЦРБ» | |
| | 8. ФГБУ «Ялтинский многопрофильный медицинский центр ФМБА» СП «Ялтинский родильный дом» | |
| | 9. ГБУЗ РК «Сакская РБ» | |

Приложение 2
к Порядку III

**Перечень медицинских показаний для госпитализации в учреждения родовспоможения в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.**

Показания для оказаний медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары **первой группы** (уровня):

1. отсутствие медицинских показаний к плановой операции кесарева сечения;
2. нормально протекающая беременность без соматической и акушерской патологии;
3. отсутствие высокого риска преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода, определенного по результатам пренатального скрининга I триместра;
4. отсутствие высокого риска акушерских кровотечений;
5. отсутствие высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений;
6. отсутствие высокого риска септических осложнений;
7. головное предлежание плода при некрупном плоде (ПМП до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
8. отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии; отслойки нормально расположенной плаценты;
9. отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

Показания для госпитализации в ургентный родильный зал: активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения); экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода, требующее немедленной госпитализации при отсутствии времени на транспортировку на более высокий уровень оказания медицинской помощи.

При госпитализации в ургентный родильный зал в таких ситуациях требуется незамедлительное информирование (ТМК) Акушерского дистанционного консультативного центра (АДКЦ) для принятия решения о необходимости/отсутствии необходимости вызова выездной бригады специалистов (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог и др.) Центра медицины катастроф и СМП (санавиация).

Показания для оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары **второй группы** (уровня):

1. анемия легкой и средней степени тяжести;

2. пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
3. компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
4. заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
5. срок беременности более 40 недель;
6. предполагаемый крупный плод (ПМП 4000 гр. и более);
7. анатомическое сужение таза I-II степени;
8. тазовое предлежание плода;
9. поперечное и косое положение плода
10. низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34 - 36 недель (за исключением сочетания с рубцом на матке после операции кесарева сечения);
11. мертворождение, ранняя неонатальная смертность в анамнезе;
12. рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения;
13. рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;
14. беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
15. преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 34-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (уровня) (высокой степени риска);
16. преэклампсия умеренная;
17. поперечное и косое положение плода;
18. эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный
19. на диетотерапии без акушерских осложнений и признаков диабетической фетопатии, заболевания щитовидной железы без клинических признаков гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация);
20. заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, за исключением отслойки сетчатки в анамнезе);
21. перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.
22. варикозная болезнь 1-2 степени

Показания для оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары **третьей А группы** (уровня):
1. состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной

медицинской помощи;
2. возраст беременной женщины до 18 лет;
3. преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 34 недель;
4. осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения
5. рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути
6. предлежание плаценты;
7. задержка роста плода;
8. изоиммунизация при беременности;
9. метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
10. водянка плода;
11. многоводие;
12. маловодие;
13. опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенные формы эндометриоза
14. расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);
15. подозрение на врастание плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;
16. преэклампсия тяжелой степени, эклампсия и их осложнения; холестаз, гепатоз беременных;
17. кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
18. рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
19. беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих, родах;
20. антенатальная гибель плода;
21. многоплодная беременность (тремя и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов);
22. врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода;
23. состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств (для обследования и направления в федеральные центры);
24. трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности;
25. заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);

26. перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами, травмы таза;
27. тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
28. заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
29. диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
30. заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
31. заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
32. эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и/или признаками диабетической фетопатии);
33. заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);
34. заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома, и иные тяжелые заболевания);
35. заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты обертывающей системы крови);
36. заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов, и иные тяжелые заболевания); миастения;
37. злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
38. сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
39. прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;
40. психические заболевания;
41. варикозная болезнь 3 степени;

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

Показания для оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей Б группы (уровня) являются:

- состояния, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий, в том числе медицинской помощи в рамках клинической апробации.

При наличии состояний или диагнозов, не перечисленных выше, маршрутизация пациента осуществляется после предварительной

консультации в АКДЦ ПЦ ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» и согласования с руководителем перинатального центра и главным внештатным специалистом МЗ Республики Крым по акушерству и гинекологии.

## IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с экстрагенитальными заболеваниями (далее – Порядок).

При соматических заболеваниях, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная направляется в медицинскую организацию (структурное подразделение/профильное отделение), оказывающую медицинскую помощь по профилю соматического заболевания вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и лечения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом. При отсутствии в указанной медицинской организации врача-акушера-гинеколога обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога АДКЦ ПЦ «РКБ им. Н.А. Семашко», в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 года №193н.

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

Оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с экстрагенитальными заболеваниями средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести при отсутствии показаний к родоразрешению или лечению акушерской патологии осуществляется в профильных отделениях ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

Оказание медицинской помощи беременным женщинам с инфекционными заболеваниями при отсутствии показаний к родоразрешению или лечению акушерской патологии осуществляется в инфекционных отделениях МО Республики Крым.

При наличии показаний к родоразрешению или лечению акушерской патологии и отсутствии показаний для госпитализации в МО третьего уровня (тяжелое состояние и состояние средней степени тяжести, срок беременности до 37 недель) оказание медицинской помощи беременным женщинам с инфекционными заболеваниями осуществляется в условиях Мельцеровских боксов МО второго уровня Республики Крым.

При наличии показаний к родоразрешению или лечению акушерской патологии и наличии показаний для госпитализации в МО третьего уровня (тяжелое состояние и состояние средней степени тяжести, срок беременности до 37 недель) оказание медицинской помощи беременным женщинам с инфекционными заболеваниями осуществляется в условиях Мельцеровских боксов перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

## V. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовый период (далее – Порядок).

При выявлении тяжелых акушерских/экстрагенитальных осложнений, при поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в медицинскую организацию в тяжелом состоянии по экстренным показаниям или при развитии неотложного состояния во время нахождения в стационаре после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации в АДКЦ перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» и главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Крым для согласования объема медицинской помощи, маршрутизации пациентки и вызова бригады специалистов отделения экстренной медицинской помощи ГБУЗ Республики Крым «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи». При принятии решения о возможности медицинской эвакуации, пациентка транспортируется в МО третьего уровня.

При необходимости досрочного родоразрешения не подлежащих медицинской эвакуации беременных женщин в акушерском стационаре первой и второй группы, координация оказания медицинской помощи новорожденному ребенку осуществляется специалистами отделения экстренной консультативной медицинской помощи ГБУЗ «РДКБ», в том числе с привлечением выездных бригад.

Выездная бригада ГБУЗ Республики Крым «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящихся на стационарном лечении, для оказания медицинской помощи на месте, а также для медицинской эвакуации женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовый период.

При выявлении случая с признаками критического акушерского состояния (КАС) организация медицинской помощи осуществляется во взаимодействии с АДКЦ ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко».

Критическими акушерскими состояниями (КАС) являются заболевания, синдромы и симптомы, требующие проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности и в течение 42 дней после ее окончания (Приложение № 1 и № 2 к Порядку V).

В случае выявления у пациентки состояний, заболеваний, синдромов или симптомов, требующих проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в

послеродовый период (Приложение № 1 и № 2 к Порядку V), медицинская организация передает информацию заведующему/дежурному сотруднику АДКЦ в телефонном режиме о возникновении случая с признаками КАС не позднее 2 часов от времени постановки диагноза/начала оказания медицинской помощи с последующим оформлением извещения о КАС (Приложение № 3 к Порядку V) и оформлением заявки на ТМК (Приложение № 6 к Порядку V) в ЕМИСЗ РК не позднее 6 часов от времени постановки диагноза\начала оказания медицинской помощи с момента выявления случая с признаками КАС:

-заведующий АДКЦ с 08:00 до 16:00 с понедельника по пятницу: +7-978-723-76-20;

- дежурный сотрудник АДКЦ с 16:00 до 08:00 с понедельника по пятницу, круглосуточно в выходные и праздничные дни: +7-978-393-06-31.

Передача данных о динамике состояния пациентки с КАС (согласно Приложению № 3 к Порядку V), в т.ч. ведение дневниковых записей динамического наблюдения в разделе «Реанимация» в ЕМИСЗ РК, проводится в течение всего периода пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии в ЕМИСЗ РК через опцию подачи заявки на удалённую консультацию (форма заявки согласуется с заведующим\сотрудником АДКЦ с учетом клинической ситуации, динамики КАС и необходимости проведения телемедицинской консультации с курирующим ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова») в АДКЦ не позднее 08.00 ежедневно (включая выходные и праздничные дни).

При необходимости проведения дистанционного консультирования пациенток с использованием телемедицинских технологий по профилю «акушерство и гинекология» в формате «врач-врач» с АДКЦ (Приложение № 6 к Порядку V) лечащим врачом МО оформляется запрос (Приложение № 7 и № 8 к Порядку V) через ЕМИСЗ РК с информированием заведующего\дежурного сотрудника АДКЦ в телефонном режиме по номерам телефонов, указанных выше.

**Организация взаимодействия МО РК и ФГБУ ЯММЦ ФМБА России с АДКЦ по вопросам маршрутизации пациентов по профилю «акушерство и гинекология».**

Маршрутизацию пациенток в Республике Крым по профилю «Акушерство и гинекология» осуществлять в соответствии с медицинскими показаниями, указанными в Приказе МЗ РФ №747н от 19.12.2025, и настоящим приказом.

В случая появления показаний для госпитализации/перевода пациента в СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», осуществлять согласование с заведующим\дежурным сотрудником АДКЦ в телефонном режиме: заведующий АДКЦ с 08:00 до 16:00 с понедельника по пятницу:+7-978-723-76-20; дежурный сотрудник АДКЦ с 16:00 до 08:00 с понедельника по пятницу, круглосуточно в выходные и праздничные дни: +7-978-393-06-31 с последующим оформления заявки на ТМК в ЕМИСЗ РК (Приложение №6, №7 и № 8 к Порядку V).

Запрос для проведения ТМК по профилю «акушерство и гинекология» оформляется через ЕМИСЗ РК в формате «врач-врач».

Тип запроса на проведение ТМК (плановый, неотложный или экстренный) предварительно согласовывать с заведующим\дежурным сотрудником АДКЦ в телефонном режиме: заведующий АДКЦ с 08:00 до 16:00 с понедельника по пятницу:+7-978-723-76-20; дежурный сотрудник АДКЦ с 16:00 до 08:00 с понедельника по пятницу, круглосуточно в выходные и праздничные дни: +7-978-393-06-31.

В случае появления неотложных/экстренных показаний для перевода/госпитализации в СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», согласование с заведующим\дежурным сотрудником АДКЦ осуществляется круглосуточно посредством телефонной связи в телефонном режиме: заведующий АДКЦ СП ПЦ с 08:00 до 16:00 с понедельника по пятницу:+7-978-723-76-20; дежурный сотрудник АДКЦ с 16:00 до 08:00 с понедельника по пятницу, круглосуточно в выходные и праздничные дни: +7-978-393-06-31 с последующим оформлением запроса на ТМК через ЕМИСЗ РК в формате «врач-врач».

Противопоказанием к переводу/направлении на госпитализацию пациента из одного в другое медицинское учреждение, в том числе в Перинатальный центр, является:

-отсутствие согласования перевода с заведующим\дежурным сотрудником АДКЦ СП ПЦ;

- конец первого или второй период родов;
- шок любой этиологии (до стабилизации состояния);
- некупирующийся судорожный синдром.

-продолжающееся (неконтролируемое) внутреннее или наружное кровотечение во время беременности, требующее родоразрешения;

-декомпенсированная сердечно-сосудистая или легочная недостаточность любой этиологии (терминальное состояние);

- риск угрозы жизни пациентки при транспортировке без коррекции тяжелой акушерской/соматической патологии преобладает над риском оказания помощи в лечебном учреждении на месте.

**Организация дистанционного взаимодействия МО РК и ФГБУ ЯММЦ ФМБА России с АДКЦ СП ПЦ по вопросам мониторинга беременных группы высокого риска перинатальных осложнений в Республике Крым.**

С целью осуществления мониторинга беременных группы высокого риска перинатальных осложнений в медицинских организациях РК и ФГБУ ЯММЦ ФМБА России по профилю «акушерство и гинекология» утвердить перечень категорий беременных (Приложения №4 и № 5 к Порядку V) для проведения плановых дистанционных консультаций с использованием телемедицинских технологий с АДКЦ ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» в ЕМИСЗ РК:

Запросы на проведение ТМК отправляются через ЕМИСЗ РК (форма плановая) (Приложение № 7 и № 8 к Порядку V).

Приложение 1 к Порядку V.

**Перечень угрожающих жизни заболеваний или клинических ситуаций, осложняющих течение беременности, родов и послеродовый (послеабортный) период (КАС):**

1. Пре- и эклампсия
2. HELLP - синдром
3. Острый жировой гепатоз беременных
4. Предлежание плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности
5. Преждевременная отслойка плаценты с кровопотерей более 1000 мл
6. Рубец на матке с клиническими или инструментальными проявлениями несостоятельности
7. Тяжелая рвота беременных
8. Внематочная беременность с кровопотерей более 1000 мл
9. Шеечная, брюшная беременность, беременность в рубце
10. Послеродовая (послеабортная) кровопотеря более 1000 мл, геморрагический шок, ДВС - синдром
11. Интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1500 мл)
12. Послеродовый (послеоперационный) метроэндометрит
13. Послеоперационный (послеродовый) перитонит
14. Послеродовый сепсис
15. Сепсис во время беременности любой этиологии
16. осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее
17. Гипертоническая болезнь II – III степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм.рт.ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт.ст.
18. Пороки сердца с нарушением кровообращения I степени и выше, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации
19. Острый коронарный синдром
20. Миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения
21. Тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки
22. Бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая
23. Пневмония с явлениями дыхательной недостаточности, требующей респираторной поддержки
24. Другие заболевания легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности, пневмоторакса, гидроторакса, гемоторакса
25.Сахарный диабет в стадии декомпенсации и склонность к кетоацидозу
26. Тяжелая анемия любого генеза
27. Тромбоцитопения любого происхождения
28. Острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг
29. Тяжелая форма эпилепсии, кома любой этиологии, судорожный синдром
30. Миастения
31. Беременные и родильницы, требующие срочного хирургического вмешательства.

Приложение 2 к Порядку V

**Перечень основных состояний и заболеваний, синдромов и симптомов, требующих проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий и наблюдения в АДКЦ СП ПЦ в период беременности и в течение 42 дней после ее окончания**

1) Остановка кровообращения (сердечно-легочная реанимация);
2) Шок любой этиологии (анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный, септический);
3) Острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический, ишемический инсульт);
4) Нарушения сознания (шкалы Глазго, RASS);
5) Продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов (для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология));
6) Нарушения ритма сердца (любые формы);
7) Острый коронарный синдром;
8) Протезированные клапаны сердца;
9) Недостаточность кровообращения II и более степени по NYHA (New York Heart Association);
10) Тромбоэмболия легочной артерии, подозрение на тромбоэмболию легочной артерии;
11) Эмболия амниотической жидкостью, подозрение на эмболию амниотической жидкостью;
12) Кардиогенный отек легких;
13) Артериальная гипертензия III степени со стойким повышением давления свыше160\100 мм рт ст или эпизодами гипертензии до 200\120 мм рт ст.;
14) Одышка в покое более 25 в мин;
15) Острый цианоз;
16) Апное (любая этиология), патологический тип дыхания;
17) Декомпенсированный респираторный ацидоз (pH крови менее 7,2);
18) paO2/FiO2 < 200 мм рт.ст при дыхании атмосферным воздухом, высокопоточной оксигенации или искусственной вентиляции легких более 60 минут;
19) SpO2 менее 90% по пульсоксиметру более 60 мин;
20) Острый респираторный дистресс синдром;
21) Тяжёлая пневмония;
22) Обострение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких;
23) Аспирационный синдром;
24) Интубация трахеи и искусственная вентиляция легких более 60 минут, не связанная с анестезией;
25) Тяжелая преэклампсия, эклампсия;
26) Холестатический гепатоз беременных;
27) Синдром цитолиза (повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ), связанный с беременностью;

28) Чрезмерная рвота беременных;
29) Гемолиз любой этиологии
30) Тромботическая микроангиопатия: HELLP-синдром, атипичный гемолитико-уремический синдром, тромботическая тромбопеническая пупрура, АФС;
31) Кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение;
32) Гистерэктомия (любые показания);
33) Лапаротомия (кроме операции кесарево сечение);
34) Релапаротомия (любые показания);
35) Разрыв матки;
36) Осложнения после прерывания беременности в ранние сроки
37) Акушерский (хирургический) сепсис;
38) Билирубин более 30,0 ммоль/л без жировой дистрофии;
39) Синдром цитолиза (повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ), не связанный с беременностью;
40) Лактат артериальной крови более 2,0 ммоль/л, не связанный с шоком;
41) Декромпенсированный метаболический ацидоз, не связанный с шоком;
42) Гиперкалиемия более 5,5 ммоль\л;
43) Креатинин более 150,0 ммоль/л;
44) Олигоанурия, резистентная к введению жидкости;
45) Признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза;
46) Тяжелая анемия (любая этиология);
47) Тромбоцитопения менее 50*109\л;
48) Трансфузия компонентов крови;
49) Госпитализация в отделение анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) (любые показания, пребывание в отделении анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) для женщин более 24 часов;
50) Оценка физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса перед акушерской операцией у беременной, для согласования тактики анестезиологического пособия;
51) Осложнения анестезиологического пособия (любые);
52) Осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов.

Приложение 3 к Порядку V.

**Извещение о критическом акушерском состоянии (КАС).**
**(прикрепляется к заявке на ТМК в ЕМИСЗ РК)**

***Все пункты извещения являются обязательными для заполнения**

Фамилия, имя, отчество (при наличии):

Дата рождения:

СНИЛС : полис ОМС:

Наименование и уровень МО, где выявлено КАС:

Дата и время начала оказания помощи при выявлении КАС:

Дата и время передачи информации в региональный АДКЦ:

Дата и время выезда выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (выездной бригады):

Дата и время прибытия выездной бригады:

Оказанная выездной бригадой медицинская помощь: стабилизация состояния / оставлена на месте / медицинская эвакуация / родоразрешение / гистерэктомия / интубация, с продленной ИВЛ

Наименование и уровень МО, в котором находится пациентка:

№ истории родов/болезни:

**Описание КАС (краткое):**

Дата и время госпитализации:

Диагноз при поступлении:

Жалобы на момент передачи информации:

Состояние пациентки на момент передачи информации: удовлетворительное / средней степени / тяжёлое

Динамика состояния: улучшение / стабильное / ухудшение

Перенесенные хронические заболевания (МКБ-10):

Клинические данные на момент передачи информации:

Сознание: __ баллов по шкале Глазго (Психика: __баллов по шкале RASS(для пациентов на седации)

Оценка по шкале Sofa в баллах с расшифровкой:

РОСТ (см)  ВЕС (кг)

Лабораторные данные:

| **Показатель** | **Дата: Время:** | **Результат** | **Показатель** | **Дата: Время:** | **Результат** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Общий анализ крови** | | | **Общий анализ мочи** | | |
| **Гемоглобин** | | | **Белок** | | |
| **Эритроциты** | | | **Лейкоциты** | | |
| **Лейкоциты** | | | **Гиалиновые цилиндры** | | |
| **Тромбоциты** | | | **Кетоновые тела** | | |
| **Гемолиз (+/-) шизоциты** | | | **Суточная протеинурия протеинурия** | | |
| **Коагулограмма и данные о крови** | **Дата: Время:** | **Результат** | **Биохимический анализ крови** | **Дата: Время:** | **Результат** |
| АЧТВ | | | Общий белок | | |
| МНО | | | Глюкоза | | |
| **ПТИ** | | | Билирубин | | |
| Фибрин | | | Креатинин | | |
| Д-димер | | | Мочевина | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Фибриноген | | | АСТ | | |
| $pa0_2/fiO_2$ | | | АЛТ | | |
| pH крови | | | **ЛДГ** | | |
| Лактат | | | прокальцитонин | | |
| HBsAg | | | СРБ | | |
| HCV | | | Кетоновые тела | | |
| ВИЧ | | | | | |
| COVID-19 | | | | | |

| Дата, время | АД | Пульс \ ЧСС | Т $^0$С | ЧДД | Сатурация (SpO2 в %) (минимум-максимум за 60 минут) | Диурез (мл\час) + общее количество выделенной мочи с указанием временного промежутка | Шоковый индекс | Объем в\в инфузии с указание временного промежутка |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**21. Исход беременности:**

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

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

23. Мероприятия, проводимые на данном этапе( в т.ч лекарственная терапия с указанием препаратов, дозировок, пути введения и кратности применения):

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

24. Респираторная поддержка:
Неинвазивная (дата и время начала) (дата и время окончания)
Инвазивная _____ (дата и время начала) (дата и время окончания)
ЭКМО (дата и время начала) (дата и время окончания)

| **Лекарственный препарат** | **Дозировка (с указанием единиц измерения, для вазопрессоров и инотропов с указанием скорости введения)** | **Дата / время начала введени** |
|---|---|---|
| **вазопрессорные препараты да/нет (с указанием наименования)** | | |
| **инотропные препараты да/нет (с указанием наименования)** | | |
| **компоненты крови да/нет (с указанием наименования: СЗП, эритроцитарная масса, криопреципитат и т.д.)** | | |

24. На момент передачи информации в регистр КАС пациентка находится в отделении реанимации и интенсивной терапии / операционной / родовом отделении / профильном отделении / проводится медицинская эвакуация / выписана из МО / смерть (выделить или подчеркнуть нужно)

25. Дата, время заполнения:

26. Фамилия, имя, отчество врача :

Приложение 4 к Порядку V

**Перечень категорий беременных группы высокого риска перинатальных осложнений, подлежащие обязательному консультированию в КДП СП ПЦ или АДКЦ (ТМК в ЕМИСЗ РК) в течение 14 рабочих дней со дня выявления заболевания или патологического состояния**

-возраст беременной женщины 17 лет и менее;
-заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врождённые пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
-тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
-заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием лёгочной или сердечно-легочной недостаточности;
-диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
-заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
-заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжёлые заболевания);
-эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжёлые заболевания);
-заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне с отслойкой сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжёлые заболевания);
-заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, средней и тяжёлой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания);
-заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания);
-миастении;
-злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
-сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
-перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза:

-трофобластическая болезнь в анамнезе;
-опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенными формами эндометриоза;
-варикозная болезнь 3 степени;
-жизнеугрожающие и хронически прогрессирующие редкие (орфанные) заболевания, приводящие к сокращению продолжительности жизни пациентки или инвалидности;
-психические заболевания;
-бесплодие любого генеза в анамнезе:
-диагностированные пороки развития плода и/или хромосомные аномалии и\или генетические нарушения у плода в т.ч. в случае принятия решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний для её прерывания;
-беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, в случае принятия ею решения о сохранении беременности;
-беременные для определения медицинских показаний к проведению инвазивной пренатальной диагностики и метод её проведения (совместно с врачом-генетиком);
-состояния и (или) заболевания у плода (плодов), требующие выполнения внутриутробных медицинских вмешательств;
-многоплодная беременность;
-задержка роста плода;
-изоиммунизация при беременности;
-водянка плода;
-беременные группы высокого риска по задержке роста плода, преждевременным родам, преэклампсии (исходя из результата расчёта индивидуального риска по данным пренатального скрининга I триместра) для дальнейшего наблюдения за течением беременности и маршрутизации;

Приложение 5 к Порядку V

**Перечень категорий беременных группы высокого риска перинатальных осложнений, подлежащие обязательному консультированию в КДП СП ПЦ или АДКЦ (ТМК в ЕМИСЗ РК) в сроке более 22 недель беременности**

-беременность после экстракорпорального оплодотворения;
-беременность с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для оценки возможности проведения родов через естественные родовые пути;
-предлежания плаценты (аномалии расположения, прикрепления плаценты)
-подозрение на врастание плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;
-поперечное и косое положение плода;
-много - и маловодие;
-беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;

Приложение 6 к Порядку V

**Перечень категорий беременных (рожениц), подлежащих обязательному проведению ТМК в ЕМИСЗ РК с АДКЦ при переводе/госпитализации (неотложной, экстренной) в СП ПЦ из других МО РК и ФГБУ ЯММЦ ФМБА России**

-возраст до 16 лет включительно;
-состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной помощи;
-преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод;
-осложненная беременность после ЭКО;
-беременность после ЭКО;
-рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути;
-рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца;
-предлежание плаценты;
-расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения);
-подозрение на врастание плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;
-много - и маловодие;
-поперечное и косое положение плода;
-задержка роста плода;
-водянка плода;
-проведённые во время данной беременности внутриутробная хирургическая коррекция;
-изоиммунизация при беременности;
-преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
-врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода;
- многоплодная беременность;
-беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
-опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенные формы эндометриоза;
-трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности;
-варикозная болезнь 3 степени;
-холестаз, гепатоз беременных;
-заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты,

кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
-тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
-заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
-диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
-заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
-заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжелые заболевания);
-эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);
-заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне с отслойкой сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжелые заболевания);
-заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, средней и тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания);
-заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания);
-миастения;
-злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
-сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
-травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
-антенатальная гибель плода;
-психические заболевания;
-прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской эвакуации;

Приложение 7 к Порядку V

**Необходимая информация для проведения ТМК**
**(для стационаров)**

Для проведения ТМК в формате «врач-врач» необходимо предоставить в ЕМИСЗ РК (прикрепить в разделе «Файлы» к заявке на ТМК или заполнить осмотр в разделе «Дневниковые записи», «Осмотры», «Консилиумы» ) – подробную запись осмотра в стационаре с указанием даты и времени, включающую (для стационаров):

1. 1 скрининг (11-14 недель (полная дата из протокола УЗИ) с указанием величины КТР и срока гестации, которому соответствует на день исследования; (при отсутствии 1 скрининга: 2 скрининг (19-21 недель (полная дата из протокола УЗИ) с указанием величины окружности головки и срока гестации, которому соответствует на день исследования, для беременностей, наступивших в результате ВРТ - указать дату переноса эмбриона и его срок культивирования в днях; для многоплодных беременностей - 1 скрининг (11-14 недель (полная дата из протокола УЗИ) с указанием величины КТР каждого плода и срока гестации, которому соответствует на день исследования) - могут быть прикреплены в виде скрин-шотов или скан-копий удовлетворительного качества;
2. Результат «Астрая» (может быть прикреплен в виде скрин-шота или скан-копии удовлетворительного качества);
3. Жалобы (отражаются в динамике:
-при поступлении в стационар МО;
- за время нахождения в стационаре МО;
- на момент подачи заявки на ТМК);
4. Анамнез (подробный):
А) акушерский (все беременности в хронологической последовательности с исходами и осложнениями);
Б) гинекологический;
В) соматический (в т.ч. аллергологический, трансфузионный, эпидемиологический);
Г) данные о проведённых ранее оперативных вмешательствах и травмах.
5. Данные о течении настоящей беременности (осложнения, госпитализации в стационар, лечение);
6. Объективный и акушерский статус (подробный) на момент подачи заявки на ТМК;
7. Результаты лабораторных исследований в динамике за время нахождения в стационаре (подробно с учетом нозологии);
8. Результаты инструментальных методов исследований (в т.ч. КТГ и УЗИ+ДГИ (в виде скрин-шотов или скан-копий удовлетворительного качества);
9. Терапию, которую получает пациентка (подробную) с указанием МНН лекарственных средств, дозы, пути введения, кратности применения, даты и времени назначения.

10. Консультации смежных специалистов, выполненные за время нахождения в стационаре с указанием даты и времени (заключения с диагнозом и рекомендациями, в т.ч. о методе родоразрешения);
11. Актуальный на момент ТМК диагноз (основной, осложнения, сопутствующий с кодом по МКБ-10);
12. Цель ТМК (определение(подтверждение) тактики лечения, уровня родоразрешения и т.д.).

Приложение 8 к Порядку V

**Необходимая информация для проведения ТМК**
**(для женских консультаций)**

Для проведения ТМК в формате «врач-врач» необходимо предоставить в ЕМИСЗ РК подробную запись осмотра в женской консультации с указанием даты и времени, включающую (для женских консультаций):
1. 1 скрининг (11-14 недель (полная дата из протокола УЗИ) с указанием величины КТР и срока гестации, которому соответствует на день исследования; (при отсутствии 1 скрининга: 2 скрининг (19-21 недель (полная дата из протокола УЗИ) с указанием величины окружности головки и срока гестации, которому соответствует на день исследования, для беременностей, наступивших в результате ВРТ - указать дату переноса эмбриона и его срок культивирования в днях; для многоплодных беременностей - 1 скрининг (11-14 недель (полная дата из протокола УЗИ) с указанием величины КТР каждого плода и срока гестации, которому соответствует на день исследования) - могут быть прикреплены в виде скрин-шотов или скан-копий удовлетворительного качества;
2. Результат «Астрая» (может быть прикреплен в виде скрин-шота или скан-копии удовлетворительного качества);
Рост, вес, ИМТ, группа крови и резус-принадлежность крови;
3. Жалобы (на момент подачи заявки на ТМК);
4. Анамнез (подробный):
А) акушерский (все беременности в хронологической последовательности с исходами и осложнениями);
Б) гинекологический;
В) соматический (в т.ч. аллергологический, трансфузионный, эпидемиологический);
Г) данные о проведённых ранее оперативных вмешательствах и травмах.
9. Данные о течении настоящей беременности (осложнения, госпитализации в стационар, лечение);
10. Объективный и акушерский статус (подробный) на момент подачи заявки на ТМК;
11. Результаты лабораторных исследований (подробно с учетом нозологии);
12. Результаты инструментальных методов исследований ( в т.ч. КТГ и УЗИ+ДГИ (в виде скрин-шотов или скан-копий удовлетворительного качества);
13. Терапию, которую получает пациентка (подробную) с указанием МНН лекарственных средств, дозы, пути введения, кратности применения, даты и времени назначения.
14. Консультации смежных специалистов (заключения с диагнозом и рекомендациями, в т.ч. о методе родоразрешения);
15. Актуальный на момент ТМК диагноз (основной, осложнения, сопутствующий с кодом по МКБ-10);
16. Цель ТМК (определение/подтверждение тактики лечения, уровня родоразрешения и т.д.).

## VI. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

Стационарная помощь гинекологическим больным оказывается в медицинских организациях, которые в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения в соответствии с приложением 4 «Распределение медицинских организаций, имеющих в своем составе гинекологические отделения (койки гинекологии), по группам» разделяются на три группы (уровня) по возможности оказания медицинской помощи, с учетом региональных особенностей в Республике Крым:

первая группа (уровень) - 13 медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологической патологией в гинекологических отделениях в составе центральных районных больниц

1 группа (уровень):

1. ГБУЗ РК «Красноперекопская ЦГБ»
2. ГБУЗ РК ГБУЗ РК «Раздольненская РБ»
3. ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ»
4. ГБУЗ РК «Первомайская ЦРБ»
5. ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ»
6. ГБУЗ РК «Нижнегорская РБ»
7. ГБУЗ РК «Советская РБ»
8. ГБУЗ РК «Кировская ЦРБ»
9. ГБУЗ РК «Ленинская ЦРБ»
10. ГБУЗ РК «Судакская ГБ»
11. ГБУЗ РК «Алуштинская ЦГБ»
12. ГБУЗ РК «Белогорская ЦРБ»
13. ГБУЗ РК «Бахчисарайская ЦРБ»

вторая группа (уровень) - 9 медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»:

1. ГБУЗ РК Симферопольский клинический родильный дом № 1
2. ГБУЗ РК Симферопольский клинический родильный дом № 2
3. ГБУЗ РК «Керченский родильный дом»
4. ГБУЗ РК «Евпаторийский родильный дом»
5. ГБУЗ РК «Феодосийский медицинский центр. СП Родильный дом с женской консультацией»
6. ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница»
7. ГБУЗ РК «Джанкойская ЦРБ»
8. ФГБУ «Ялтинский многопрофильный медицинский центр ФМБА» СП «Ялтинский родильный дом»
9. ГБУЗ РК «Сакская РБ»

третья группа (уровень) - 1 медицинская организация ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко: гинекологическое отделение СП Перинатальный центр

и гинекологическое отделение ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

1. ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» Перинатальный центр
2. ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» гинекологическое отделение.

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

1. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями, первого уровня, в составе центральных районных больниц (количество 13), являются:

- состояние, требующие медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;
- состояния, требующие оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме при отсутствии у пациентки экстрагенитальных заболеваний и сочетанной генитальной патологии.

2. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями, второго уровня, (9 медицинских организаций), являются:

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

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

-искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при отсутствии тяжелой соматической патологии и акушерских осложнений у беременной при сроке до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума;

3. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь женщинам с гинекологическими заболеваниями, третьего уровня:

3.1 ГБУЗ «РКБ им Н.А. Семашко»: гинекологическое отделение МРМЦ являются:

-состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующие оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме

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

-гнойно-септические осложнения после родов, искусственного прерывания беременности;

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

- заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом (3-4 степени), с вовлечением соседних органов

-опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения

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

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

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

3.2 ГБУЗ «РКБ им Н.А. Семашко»: гинекологическое отделение СП Перинатальный Центр

- состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующие оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме

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

- заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом (2-4 степени), с вовлечением соседних органов

-опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения

- внематочная (эктопическая) беременность (абдоминальная, яичниковая, шеечная, в роге матки, имплантация в рубце, МКБ 10 О00.0, О00.2, О00., О00.9)

-хирургическое лечение аномалий матки и реконструктивно-пластических операций

-реконструктивные операции на матке у женщин репродуктивного возраста с истончением рубца на матке и формированием «ниши» стенки матки

## VII. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями.

Настоящий порядок определяет процедуру оказания медицинской помощи несовершеннолетним девочкам с гинекологическими заболеваниями до 17 лет включительно (далее – несовершеннолетние) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Республики Крым и осуществляется согласно «Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденного приказом Минздрава России №747н от 19.12.2025г

Дорожная карта оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями в Республике Крым определяет оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями с учетом региональных особенностей Республики Крым.

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

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

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 мая 2025 г. № 313н [3]

Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается врачами-акушерами-гинекологами, прошедшими повышение квалификации по специальности "акушерство и гинекология" по вопросам формирования репродуктивной системы и течения заболеваний (состояний) женских половых органов и молочных желез у детей (не менее 72 часов).

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

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

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

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

сращения малых половых губ;

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

выделений из половых путей патологического характера;

кровяных выделений из половых путей различной интенсивности и продолжительности;

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

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

тазовой боли;

изменения формы и величины живота;

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

ускоренного физического и полового развития в возрасте до восьми лет;

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

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

отсутствия менструации в возрасте пятнадцати лет и старше;

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

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

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

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

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

повышенного роста волос и оволосения по мужскому типу; задержки физического развития;

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

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

состояния после хирургических вмешательств на органах брюшной полости;

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

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

начала сексуальных отношений;

необходимости консультирования в целях индивидуального подбора метода контрацепции.

По результатам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних формируются группы репродуктивного здоровья.

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

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

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

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

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями и заболеваниями молочных желез в плановой форме оказывается по направлению врача-акушера- гинеколога или иного медицинского работника в стационарных условиях или условиях дневного стационара в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и

искусственного прерывания беременности), педиатрии и детской хирургии (при наличии у несовершеннолетней хирургической патологии), и располагающих койками гинекологическими для детей.

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

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

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

Консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями главным внештатным специалистом гинекологом детского и юношеского возраста МЗ РК проводится по направлению медицинской организации (форма 057у) по основному месту работы специалиста ((ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника№3» консультативно-диагностическое отделение (педиатрическое).

Медицинская эвакуация несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями из медицинских организаций, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, осуществляется специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи.

Санаторно-курортное лечение несовершеннолетних с гинекологической патологией осуществляется в ГБУ РК «КСД и ДР «Здравница» (Евпатория).

Правила организации деятельности кабинета врача-акушер-гинеколога для несовершеннолетних, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения кабинета врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних определены приложениями N 30-32, 36-41 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом Минздрава России от 19.12.2025г № 747н.

**Маршрутизация**

**Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико- санитарную помощь в амбулаторных условиях несовершеннолетним (или условиях дневного стационара.)**

**Первая группа (уровень).**

Медицинские организации, имеющие в своей структуре кабинет врача-акушера- гинеколога и/или кабинет врача акушера- гинеколога для несовершеннолетних.

| № п/п | Наименование медицинской организации |
|---|---|
| | ГБУЗ РК Симферопольская поликлиника № 3 (консультативно-диагностическое отделение педиатрическое). Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Симферопольская городская детская клиническая больница. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Алуштинская РБ. Кабинет врача акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Судакская городская больница. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Бахчисарайская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Феодосийский медицинский центр СП. Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Евпаторийская городская больница (детская поликлиника, ЖК). Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Сакская РБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Керченская ГДБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Раздольненская РБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК ЦГБ г. Армянск. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Белогорская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Кировская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Красногвардейская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Красноперекопская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Ленинская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Нижнегорская РБ. Кабинет врача -акушера-гинеколога для |

| | |
|---|---|
| | несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Первомайская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Советская РБ. Кабинет врача -акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Черноморская ЦРБ. Кабинет врача- акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Старокрымская РБ им.ак. Н.М.Амосова. Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |

**Вторая группа (уровень)**

медицинские организации, имеющие в своей структуре женскую консультацию.

| № п//п | Наименование медицинской организации |
|---|---|
| | ГБУЗ РК СКРД№1 Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК СКРД№2 Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Керченский родильный дом. Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Евпаторийский родильный дом женская консультация. Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Феодосийский медицинский центр СП РД с женской консультацией Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Симферопольская центральная клиническая больница. Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |
| | ГБУЗ РК Сакская РБ. Кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних |

**Третья группа (уровень).**

центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков и медицинские организации, имеющие в своей структуре консультативно-диагностическое отделение (центр), центр охраны здоровья семьи и репродукции, центр (отделение) охраны репродуктивного здоровья подростков

| № п/п | Наименование медицинской организации |
|---|---|
| | ГБУЗ РК Республиканская детская клиническая больница. Консультативно-диагностический центр |

*Прием врача-акушера-гинеколога в КДЦ РДКБ по направлению врача-акушера-гинеколога, врача-педиатра или иного специалиста (форма 057/у).

*Консультирование несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями главным внештатным специалистом гинекологом детского и юношеского возраста МЗ РК проводится по направлению медицинской

организации (форма 057у) по основному месту работы специалиста (ГБУЗ РК «Симферопольская поликлиника№3» консультативно-диагностическое отделение (педиатрическое).

**Перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями. Вторая группа (уровень).**

- медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и палаты реанимации и интенсивной терапии, или отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, или отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации;

| № п/п | Наименование медицинской организации | Показания для госпитализации | Район |
|---|---|---|---|
| | ГБУЗ РК СКРД №1 гинекологическое отделение | Экстренная и неотложная помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями **в возрасте 13-17 лет включительно** | г. Симферополь<br>Бахчисарайский<br>г. Алушта<br>Красногвардейский |
| | ГБУЗ РК СКРД №2 отделение гинекологическое отделение | | |
| | ГБУЗ РК Симферопольская ЦРКБ гинекологическое отделение | | Симферопольский<br>Белогорский<br>Красноперекопский<br>г. Армянск<br>Первомайский |
| | ГБУЗ РК Евпаторийский родильный дом гинекологическое отделение | | г. Евпатория<br>Сакский<br>Джанкойский<br>Раздольненский |
| | ОСП ГБУЗ РК «ФМЦ» Родильный дом с женской консультацией. Гинекологическое отделение | | Кировский<br>Нижнегорский<br>Советский<br>Судак |
| | ГБУЗ РК Керченский родильный дом гинекологическое отделение | | Керчь<br>Ленинский |

**Третья группа (уровень).**

Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями Республики Крым осуществляется на гинекологических койках (отделение детской хирургии) ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница».

**Плановая хирургическая** помощь несовершеннолетним **0-17 лет** с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, с хроническим рецидивирующим вагинитом - для проведения вагиноскопии, заболеваниями молочных желез, требующих хирургического лечения, оказывается по направлению врача- акушера-гинеколога или врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних.

Для планового оперативного лечения пациенты направляются на консультацию детского хирурга и врача-акушера -гинеколога для несовершеннолетних консультативно- диагностического центра ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» врачом-акушером-гинекологом для несовершеннолетних, акушером-гинекологом или врачом - педиатром на основании проведенного обследования и установленного диагноза (форма 057/у).

**Экстренная и неотложная помощь** несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями осуществляется круглосуточно. Возрасте до 0 - 13 лет – в ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница».

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

Решение об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренного хирургического вмешательства врачами-детскими хирургами (при оказании хирургической помощи в экстренной или неотложной форме) согласовывается с врачом-акушером-гинекологом **(ургентный акушер-гинеколог** ГБУЗ РК «Крымский медицинский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи») в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

## VIII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период.

Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период осуществляется специалистами медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым по профилю акушерство и гинекология совместно со специалистами ГБУЗ РК "Центр профилактики и борьбы со СПИДом".

При постановке на учет и в 30 недель беременности проводится обследование всех женщин, у которых диагностирована беременность (в

соответствии с Приложением №1 к Порядку VIII) после обязательного проведения до- и послетестового консультирования, получения информированного согласия и при наличии документа, подтверждающего личность (приложение № 2 к Порядку VIII).

При дотестовом консультировании врач акушер-гинеколог (по месту наблюдения беременной) устанавливает дату очередного визита беременной для разъяснения результата обследования и послетестового консультирования. Информация о проведении до- и послетестового консультирования вносится в индивидуальную и обменную карту беременной.

Результат обследования беременной на ВИЧ-инфекцию фиксируется в виде оригинала/копии в обменной и индивидуальной карте беременной. Номер исследования, дата исследования должны быть внесены в обменную/индивидуальную карту беременной в графу результатов обследования на ВИЧ-инфекцию за подписью и печатью врача акушера-гинеколога, наблюдающего беременную.

Обследование мужей/половых партнеров женщин, поставленных на учет по беременности, проводится в медицинских организациях по месту прикрепления под кодом 110 в течение 1 месяца после постановки на учет по беременности и в 30-32 недели беременности женщины. Врач акушер-гинеколог, наблюдающий беременную, контролирует наличие/отсутствие результатов обследования на АТ к ВИЧ как беременной, так и ее мужа/полового партнера;

Медицинские организации в обязательном порядке информируют органы опеки и попечительства о матерях, отказывающихся от проведения профилактики в период беременности и ребенку.

При поступлении на родоразрешение у всех беременных, независимо от количества проведенных исследований на АТ к ВИЧ, после получения информированного добровольного согласия женщины, проводится забор крови для экспресс-тестирования с обязательным последующим контролем данного образца крови методом ИФА в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД». В направлении обязательно указывается результат экспресс-тестирования.

Для исследования новорожденного на ПЦР и ИФА осуществляется забор венозной крови у новорожденного и в течение 3-х суток от момента родов предоставляется в клинико-диагностическую лабораторию ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД».

Диагностический алгоритм и медикаментозная помощь беременной и ребенку для проведения профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку проводится на основании действующих клинических рекомендаций, с оформлением «Информированного согласия на проведение АРВТ ребенку с целью предотвращения перинатального заражения ВИЧ-инфекцией от матери» (Приложение № 3, 5 к Порядку VIII).

Рекомендовано родильнице и ее новорожденному ребенку продлить период пребывания в родильном доме при положительном результате экспресс-тестирования на ВИЧ и исключить грудное вскармливание до получения результатов обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА.

В случае отказа женщины от проведения профилактики ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и новорожденному оформляется «Уведомление об ответственности за отказ от проведения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» (приложение № 7 к Порядку VIII).

Информация об окончании беременности у ВИЧ-позитивных беременных (роды, аборт, выкидыш, внематочная беременность) направляется в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» в течение 3-х дней после оказания медицинской помощи (форма № 313/у, приложение № 9, 10 к Порядку VIII). Информация о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью, направляется в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» в течение 3 дней со дня родов (форма № 309/у, Приложение 11 к Порядку VIII)

Амбулаторное и стационарное лечение ВИЧ-инфицированных женщин по профилю «акушерство и гинекология», а также родоразрешение и прерывание беременности, проводится в МО по месту жительства женщины на общих основаниях.

Критериями для проведения элективного кесарева сечения являются:

- отсутствие у ВИЧ-инфицированных беременных информации о вирусной нагрузке перед родоразрешением;
- наличие вирусной нагрузки у беременной более или равной 1000 РНК коп/мл;
- отсутствие профилактики ВИЧ-инфекции во время беременности и/или невозможность применения АРВП (антиретровирусных препаратов) в родах;

Плановое кесарево сечение с целью профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ рекомендуется проводить на сроке гестации 38-39 недель.

Применение антиретровирусных препаратов во время родов осуществляется в соответствии с Приложением №4 к Порядку VIII.

Выбор схемы АРВП у новорожденного осуществляется в соответствии с приложением № 6 к Порядку VIII.

Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденного осуществляется в соответствии с Приложением №12 к Порядку VIII.

Мероприятия по предотвращению отказов ВИЧ-инфицированных женщин по проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку осуществляются в соответствии с Приложением № 8 к Порядку VIII.

Приложение 1 к Порядку VIII

**Кратность и сроки обследования на АТ к ВИЧ-инфекции беременных.**

Рекомендуется обследовать на антитела к ВИЧ всех женщин, у которых диагностирована беременность. Обследование на ВИЧ-инфекцию сопровождается до- и послетестовым консультированием после получения добровольного информированного согласия и при наличии документа, удостоверяющего личность.

Для своевременного выявления ВИЧ-инфекции и проведения мероприятий по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ необходимо обследовать всех женщин с диагностированной беременностью и их мужей/половых партнеров в установленные сроки.

Частота обследования на антитела к ВИЧ беременных и их половых партнеров:

1. всех беременных: при постановке на учет по беременности (код 109.1), на сроке беременности 30 (28-32) недель (код 109.2), а также при каждом поступлении в роддом во время беременности (код 109.3) Доставку материала в лаборатории ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД» для исследования осуществлять в течение 48 часов от момента забора крови;

2. беременных, не обследованных раннее во время беременности или обследованных однократно только до 28-32-й недели беременности – при обращении в медицинские учреждения, при поступлении на роды обследовать экспресс-методом с дальнейшим подтверждением стандартным ИФА-методом;

3.беременных, имеющих ВИЧ-инфицированных мужей / половых партнеров, а также беременных, употребляющих психоактивные вещества, обследовать на антитела к ВИЧ при постановке на учет по беременности и отправить на консультацию к акушеру-гинекологу ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД» для обследования на ПЦР ДНК ВИЧ (раннее выявление инфицирования ВИЧ), уточнения тактики ведения данной беременности, родов и новорожденного;

5. мужей/половых партнеров женщин, поставленных на учет по беременности, обследовать в течение 1 месяца после постановки на учет по беременности под кодом 110 и в 30-32 недели беременности в медицинских организациях по месту прикрепления мужа/полового партнера. Результат обследования фиксировать в виде оригинала/копии в обменной и индивидуальной картах беременной;

6. при получении позитивных результатов беременной и/или ее полового партнера немедленно направить на консультацию к акушеру-гинекологу и инфекционисту в ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД».

7. в случае обращения женщины в родильный стационар во время родов или после родов вне медицинской организации с неустановленным ВИЧ-статусом – проводится тестирование экспресс-методом с дальнейшим подтверждением стандартным лабораторным ИФА-методом в лаборатории

диагностики ВИЧ-инфекции ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом»;

Каждый результат обследования на антитела к ВИЧ-инфекции беременной и ее мужа / полового партнера фиксировать в виде оригинала/копии в обменной и индивидуальной картах. Номер исследования, дата исследования должны быть внесены в обменную/индивидуальную карту беременной в графу результатов обследования на ВИЧ-инфекцию за подписью и печатью врача акушера-гинеколога, наблюдающего беременную

В случае отказа от обследования на ВИЧ-инфекцию беременной, ее мужа / полового партнера отказы ОБЯЗАТЕЛЬНО фиксировать в обменной и индивидуальной картах беременной.

Приложение 2 к Порядку VIII

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ.

Я,_____(Ф.И.О.)_____го да рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл. В процессе забора крови, как правило, будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, посему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я информирован, что:

• Тестирование на ВИЧ можно пройти в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не надо сообщать свое имя и персональные данные, а результат только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.

• Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период «серонегативного окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови к ВИЧ не обнаруживаются. Этот период обычно составляет 3 месяца.

• В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в ГБУЗ РК «Центр профилактик и борьбы со СПИДом». Лечение существенно продлевает жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

• ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- при сексуальных контактах без презерватива;

- через кровь, при медицинских и немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатии, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или с людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только не инфицированных ВИЧ половых партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно используя только стерильные инструменты.
- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании.
- С вопросами можно обратиться в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом».

_____ _____

Подпись обследуемого на ВИЧ дата

Приложение 3 к Порядку VIII

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

Я, (фамилия, имя, отчество полностью)_____

_____года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, действие которых направлено на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека или/и лечение ВИЧ-инфекции.

Я подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснено, почему прием данных лекарств необходим, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов.

Я проинформирована, что:

-назначенные мне препараты снижают количество вируса в моем организме и предотвращают заражение ВИЧ-инфекцией;

-соблюдение режима приема препаратов снижает вероятность заражения будущего ребенка;

-тем не менее даже при абсолютном соблюдении всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения будущего ребенка нет, риск заражения ребенка составляет до 1%;

-при отказе от приема назначенных лекарств или нарушениях режима их приема риск заражения возрастает до 40%;

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

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

-если вследствие приема назначенных мне лекарств возникнет угроза моему здоровью или здоровью будущего ребенка, химиопрофилактика/лечение могут быть прекращены по решению лечащего врача;

-что прикладывание моего ребенка к груди и/или кормление его моим грудным молоком является поставлением ребенка в опасность заражения ВИЧ-инфекцией;

-что искусственное вскармливание – безопасный метод вскармливания моего ребенка.

Я обязуюсь::

-проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать анализы;

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

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

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

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

Подпись пациента _____ дата _____

Подпись лечащего врача _____ дата _____

Приложение 4 к Порядку VIII

**Применение антиретровирусных препаратов во время родов**

Назначение раствора «Зидовудина» внутривенно в родах показано:

1.Всем ВИЧ-инфицированным женщинам, у которых ВН ВИЧ неизвестна, более или менее 1000 коп/мл;

2.При получении в учреждении родовспоможения положительного результата экспресс-теста на ВИЧ;

3.ВИЧ-серонегативным роженицам при наличии эпидемиологических показании:

внутривенное введение наркотиков и/или незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером, у которого определяемый или неизвестный уровень ВН ВИЧ.

Женщины, начавшие прием АРВП во время беременности, продолжают прием всех АРВП в родах и после родов.

4.Внутривенная инфузия «Зидовудина»:

при родах через естественные родовые пути – из расчета 2 мг/кг в течение первого часа родовой деятельности (доза насыщения), затем из расчета 1 мг/кг/ч в течение всей родовой деятельности до пересечения пуповины. При плановом кесаревом сечении расчет дозы как при естественных родах. Введение препарата начинают за 4 часа до операции.

5.все акушерские манипуляции (перинео/эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракцияплода, инвазивный мониторинг плода и пр.) должны быть строго обоснованы.

6.при ведении родов у ВИЧ-инфицированных женщин с высокой степенью риска инфицирования не рекомендуется превышать продолжительность безводного периода более 4 часов.

7.искусственный разрыв плодных оболочек может выполняться по стандартным акушерским показаниям у ВИЧ-инфицированных женщин с неопределяемой вирусной нагрузкой, которые получают АРТ.

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

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

## Схема дозирования препарата «Зидовудин» для внутривенной инфузии

| Вес женщины, кг | Доза насыщения (мл/ч) | Количество капель в минуту | Поддерживающая доза (мл/ч) | Количество кап/мин |
|---|---|---|---|---|
| До 50 | 125 | 40 | 62.5 | 20 |
| 51-60 | 150 | 50 | 75 | 25 |
| 61-70 | 175 | 60 | 87.5 | 30 |
| 71-80 | 200 | 70 | 100 | 35 |
| 81-90 | 225 | 80 | 112.5 | 40 |
| 91-100 | 250 | 90 | 125 | 45 |

Приложение 5 к Порядку VIII

**Информационное согласие на проведение ребенку антиретровирусной терапии с целью предотвращения перинатального заражения ВИЧ-инфекцией**

(подписывает законный представитель ребенка)

Я, (фамилия, имя, отчество) разборчиво _____ настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на лечение ребенка _____(фамилия, имя, отчество разборчиво) _____дата рождения лекарственными препаратами, направленными на предотвращение заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери.

Я подтверждаю, что мне разъяснено:

-почему проведение данного лечения необходимо моему ребенку;

-действие назначаемых моему ребенку препаратов;

-как необходимо давать моему ребенку назначенные препараты;

-возможное побочное действие препаратов, назначенных моему ребенку;

-что мой ребенок должен проходить регулярные обследования, в том числе сдавать кровь, для диагностики ВИЧ-инфекции и оценки безопасности назначенного лечения и выявления возможного побочного действия лекарств;

-в какие сроки я должна приводить ребенка на обследование;

-что профилактический эффект может быть достигнут при неукоснительном соблюдении всех рекомендаций, данных мне лечащим врачом.

Я осознаю, что:

-при отсутствии химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку вероятность заражения составляет до 40%;

-назначение антиретровирусных препаратов позволяет снизить вероятность ВИЧ-инфицирования ребенка до 1 %;

-если вследствие проведения лечения возникает угроза здоровью моего ребенка, я буду проинформирована об этом для принятия решения о целесообразности дальнейшего его проведения;

-если вследствие проведения лечения возникает угроза жизни моего ребенка, это лечение может быть прекращено по решению лечащего доктора. В этом случае мне должно быть разъяснены причины этого решения;

-все лекарственные препараты, назначаемые моему ребенку, разрешены к применению в России;

-как и любое лекарственное средство, назначенные моему ребенку препараты могут вызвать некоторые побочные реакции, информация о которых предоставлена мне моим лечащим врачом.

Я обязуюсь:

-по установленному графику приводить своего ребенка на медицинское обследование для контроля воздействия назначенных ему препаратов, заполнять предусмотренные для этого анкеты, давать разрешение на взятие крови на анализы;

-давать назначенные моему ребенку лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

-выполнять рекомендации лечащего врача по уходу за моим ребенком, его кормлению;

-не прикладывать ребенка к груди и не кормить его моим грудным молоком;

-сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных моему ребенку препаратов или прекращении лечения по каких-либо причинам;

-сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья моего ребенка и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом препаратов, назначенных моему ребенку;

-не посоветовавшись с лечащим врачом не давать моему ребенку какие-либо лекарственные препараты и не делать прививки (даже если лекарства и прививки назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях), незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу;

-сообщить врачу, назначившему моему ребенку лекарственные препараты в экстренных случаях, что ребенок получает препараты для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Подпись законного представителя ребенка_____ дата_____

Подпись лечащего врача _____Дата_____

Приложение 6 к Порядку VIII

## Выбор схемы АРВП у новорожденного

Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку осуществляется путем назначения антиретровирусных препаратов (АРВП) женщине в период беременности и родов, а также новорожденному.

Рекомендуется начинать прием АРВП у новорожденных как можно быстрее после рождения, в пределах первых 4-6 часов. Если с момента последнего возможного риска заражения ребенка (после родов или после последнего вскармливания грудным молоком) прошло более 72 часов (3-х дней), назначение химиопрофилактики нецелесообразно ввиду ее неэффективности, т.к. через 24 часа после внедрения ВИЧ в организм начинается его активная репликация в клетках.

Период пребывания родильницы с положительным результатом экспресс-тестирования на ВИЧ и ее новорожденного ребенка в родильном доме рекомендовано продлевать до получения подтверждающих результатов обследования на ВИЧ-инфекцию с целью определения дальнейшей тактики ведения.

Для проведения тестирования методом ПЦР на ДНК ВИЧ в лабораторию ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД» (г.Симферополь, ул. Луговая 71) предоставляют венозную кровь новорожденного в первые 48 часов после рождения.

У детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции используется код Z20.6.

Схема АРТ для новорожденных должна определяться с учетом факторов матери и ребенка, влияющих на риск перинатальной передачи ВИЧ

Пересчет дозы АРВП у новорожденного следует проводить не реже 1 раза в 10 дней.

Рекомендуется назначить новорожденному профилактическую схему АРТ в виде монотерапии «ЗИДОВУДИНом» на срок 4 недели при низком риске перинатального инфицирования (см. таблицу).

Критерии низкого риска передачи ВИЧ от матери ребенку:

- мать получает АРТ в период беременности;

-вирусная нагрузка у ВИЧ-инфицированной матери к 36 неделям беременности менее 50 копий/мл.

| Гестационный возраст ребенка, недель | Разовая доза | | Количество приемов в сутки |
|---|---|---|---|
| | Пероральный раствор | Раствор для внутривенного введения | |
| Более 35 недель | 4 мг/кг | 3 мг/кг | 2 |
| >30 <35 | ***Первые 2 недели жизни*** | | |
| | 2 мг/кг | 1.5 мг/кг | 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***Старше 2 недель*** | | |
| | 3 мг/кг | 2.3 мг/кг | 2 |
| < 30 | 2 мг/кг | 1.5 мг/кг | |

Новорожденным с высоким риском перинатального заражения ВИЧ рекомендуется назначить предполагаемую терапию, включающую 3 АРВП: «Зидовудин»+»Ламивудин»+»Невирапин» на срок 6 недель.

Критерии высокого риска передачи ВИЧ от матери к ребенку:

- мать не получала АРТ во время беременности;

-мать получала АРТ во время беременности, но не достигнута вирусная супрессия (РНК ВИЧ менее 50 копий/мл) к 36 неделям беременности и /или в течение 4 недель до родов, или данное обследование не проведено у матери или проведено не полностью;

-наличие у матери острой фазы ВИЧ-инфекции во время беременности или во время грудного вскармливания;

-наличие ВИЧ-инфекции у кормящей матери;

-выявлен положительный экспресс-тест у матери во время родов (прием препаратов новорожденным прекращается, если наличие ВИЧ-инфекции не подтверждается стандартным методом).

Назначается комбинированная АРТ и недоношенным новорожденным с высоким риском передачи ВИЧ-инфекции, т.к. это эффективная постконтактная профилактика у детей с высоким риском инфицирования. Известно, что большинство случаев передачи ВИЧ от матери ребенку происходит перед родами и в родах, при грудном вскармливании (увеличение вероятности инфицирования ребенка на 16-30%).

Если ребенка прикладывали к груди или кормили молоком ВИЧ-инфицированной женщины, рекомендуется начать профилактику в течение первых 6 часов после отлучения от груди. При этом рекомендуется в кратчайшие сроки провести обследование ребенка на ПЦР РНК ВИЧ в плазме крови, ПЦР ДНК ВИЧ и продолжать профилактику только при получении отрицательных результатов обследования. При получении положительных результатов решить вопрос о начале АРТ у ребенка.

**Дозирование «Зидовудина»+»Ламивудина»+»Невирапина»**

| Гестационный возраст ребенка, недель | Разовая доза | Суточная доза |
|---|---|---|
| **«ЗИДОВУДИН»** (раствор для приема внутрь 10 мг/мл, прием 2 раза в сутки. С рождения. Курс 6 недель. Независимо от приема пищи | | |
| Более или равно 35 недель | 4 мг/кг | 8 мг/кг |
| Более или равно 30 неделям < 35недель | С рождения до возраста 2 недели | |
| | 2 мг/кг | 4 мг/кг |
| | С 2 недель до 6 недель | |
| | 3 мг/кг | 6 мг/кг |
| < 30 недель | С рождения до 4 недель | |

| | | |
|---|---|---|
| | 2 мг/кг | 4 мг/кг |
| | С 4 недель до 6 недель | |
| | 3 мг/кг | 6 мг/кг |
| | | |
| **«ЛАМИВУДИН»** (раствор для приема внутрь 10 мг/мл), прием 2 раза в сутки. С рождения. Курс 6 недель. Независимо от приема пищи | | |
| Более или равно 32 недели | С рождения до 4 недель | |
| | 2 мг/кг | 4 мг/кг |
| | С 4 недель до 6 недель | |
| | 4 мг/кг | 8 мг/кг |
| | | |
| **«НЕВИРАПИН»** (суспензия для приема внутрь 10 мг/мл), прием 2 раза в сутки. С рождения. Курс 6 недель. Независимо от приема пищи | | |
| Более или равно 37 недель | С рождения до 4 недель | |
| | 6 мг/кг | 12 мг/кг |
| | С 4 недель до 6 недель | |
| | 200 мг/м2 | 400 мг/м2 |
| Более или равно 34 недель< 37недель | С рождения до возраста 1 неделя | |
| | 4 мг/кг | 8 мг/кг |
| | С возраста 1 неделя до 4 недель | |
| | 6 мг/кг | 12 мг/кг |
| | С 4 недель до 6 недель | |
| | 200 мг/м2 | 400 мг/м2 |
| Более или равно 32 недели до 34 недель | С рождения до возраста 2 недели | |
| | 2 мг/кг | 4 мг/кг |
| | С 2 недель до 4 недель | |
| | 4 мг/кг | 8 мг/кг |
| | С 4 недель до 6 недель | |
| | 6 мг/кг | 12 мг/кг |
| | | |
| **«АБАКАВИР»** (раствор для приема внутрь 20 мг/1мл), прием 2 раза в сутки. С рождения. Курс 6 недель. Независимо от приема пищи | | |
| Более или равно 37 недель | С рождения до 4 недель | |
| | 2 мг/кг | 4 мг/кг |
| | С 4 недель до 6 недель | |
| | 4 мг/кг | 8 мг/кг |
| | | |

«Абакавир» (альтернатива «Зидовудина») используется в особых случаях:

1. когда «Зидовудин» недоступен или у младенца имеется связанная с «Зидовудином» токсичность: у детей раннего возраста анемия и нейтропения. До применения «Абакавира» должен быть подтвержден отрицательный

результат тестирования на антиген HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии.

Важно провести обследование новорожденного в возрасте 21-28 дней, чтобы до окончания курса принять решение о переходе на терапевтические дозы АРТ (в случае положительного результата на ПЦР ДНК ВИЧ) либо об окончании курса в возрасте 6 недель (в случае отрицательного результата обследования на ПЦР ДНК ВИЧ, качественное исследование).

Дозы АРВП следует модифицировать соответственно возрасту и с учетом срока гестации.

Вскармливание детей ВИЧ-инфицированных матерей

Не рекомендуется прикладывать к груди и кормить материнским молоком детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями с целью профилактики заражения ребенка.

После рождения необходимо переводить на исключительно искусственное вскармливание. По согласованию с женщиной проводятся мероприятия по прекращению лактации.

При выявлении ВИЧ-инфекции у кормящей матери:

1.провести с матерью консультирование по вопросу незамедлительного и полного прекращения грудного вскармливания;

2.незамедлительно предоставить возможность обследования новорожденного на ПЦР ДНК ВИЧ в условиях лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД»;

3.незамедлительно начать профилактику ВИЧ-инфекции у ребенка:

-сразу (в течение первых 6 часов) после прекращения грудного вскармливания назначить ребенку АРТ 3-мя препаратами сроком на 6 недель.

После родоразрешения ВИЧ-инфицированной или имеющей положительный результат женщины при экспресс-тестировании врач-неонатолог заполняет учетную форму 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью», которая подается в ГБУЗ РК «ЦПБ СПИД» в течение 3 дней со дня родов.

Приложение 7 к Порядку VIII

# УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ОТКАЗ ОТ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Мне,_____,_____года рождения,

Ф.и.о.

Разъяснены медицинские и юридические последствия отказа от профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку для здоровья моего и моего ребенка.

Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20-40%. Регулярный прием мною антиретровирусных препаратов снижает риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери до 1%. Такого снижения можно добиться при сочетании приема антиретровирусных препаратов во время беременности, родов и в послеродовый период и ряда немедикаментозных мер, в том числе полной замены грудного вскармливания искусственным.

Отказ от приема мною антиретровирусных препаратов может повлечь за собой ухудшение состояния здоровья, прогрессию заболевания, выраженное снижение иммунитета, присоединение тяжелых, опасных для жизни оппортунистических заболеваний.

Мне разъяснено, что при отказе проведения антиретровирусной терапии ребенку существует непосредственная угроза жизни и здоровью моего ребенка, заключающаяся в возможности заражения его ВИЧ-инфекцией.

Мне разъяснено, что в соответствии с частью 5 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при отказе родителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни ребенка, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов ребенка. Согласно Семейному кодексу медицинская организация обязана сообщить об отказе в органы опеки и попечительства с передачей моих персональных данных для проведения дальнейших действий в целях защиты прав ребенка в соответствии с действующим законодательством.

Статьи Уголовного (ст.125 УК РФ, ст. 156 УК РФ) и Семейного (ст.56 СК РФ, ст.77 СК РФ) кодексов и часть 5 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» зачитаны мне вслух.

Ч.5 ст.20 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011

При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право

обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

УК РФ Статья 125. Оставление в опасности

Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние, наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо принудительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

УК РФ Статья 156. Неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего

Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего родителем или иным лицом, на которое возложены эти обязанности, а равно педагогическим работником или другим работником образовательной организации, медицинской организации, организации, оказывающей социальные услуги, либо иной организации, обязанного осуществлять надзор за несовершеннолетним, если это деяние соединено с жестоким обращением с несовершеннолетним, наказывается штрафом в размере до ста тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до четырехсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового, либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового.

СК РФ Статья 56. Право ребенка на защиту. Ребенок имеет право на защиту своих прав и законных интересов.

Ребенок имеет право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (лиц, их заменяющих).

Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка.

СК РФ Статья 77. Отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью

1. При непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится.

Немедленное отобрание ребенка производится органом опеки и попечительства на основании соответствующего акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации либо акта главы муниципального образования в случае, если законом субъекта Российской Федерации органы местного самоуправления наделены полномочиями по опеке и попечительству в соответствии с федеральными законами.

2. При отобрании ребенка орган опеки и попечительства обязан незамедлительно уведомить прокурора, обеспечить временное устройство ребенка и в течение семи дней после вынесения органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации либо в случае, если законом субъекта Российской Федерации органы местного самоуправления наделены полномочиями по опеке и попечительству в соответствии с федеральными законами, главой муниципального образования акта об отобрании ребенка обратиться в суд с иском о лишении родителей родительских прав или об ограничении их родительских прав.

Подпись пациента_____
Лечащий врач _____
Заведующий отделением_____

Приложение 8 к Порядку VIII

**Мероприятия по предотвращению отказов ВИЧ-инфицированных женщин по проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку**

1.Отказы женщин от проведения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку обусловлены наличием в СМИ информации СПИД-диссидентской направленности, отрицанием своего ВИЧ-статуса (иногда совместно с ВИЧ-инфицированным партнером), страхом развития побочных эффектов от приема препаратов.

2.В целях обеспечения возможности своевременной защиты прав ребенка на жизнь и здоровье женщинам предлагается подписать согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну в установленном законом порядке в иные медицинские организации, органы опеки, попечительства и патронажа в целях обеспечения его прав и законных интересов ребенка.

3.При появлении отказа рекомендуется:

-прием пациентки максимально возможным числом врачей, психологом, социальным работником, юристконсультом с отражением разъяснительной работы в медицинской документации;

-приглашение женщины на повторные визиты.

4.Женщина должна быть предупреждена об ответственности за отказ от медицинской помощи, влекущей за собой угрозу жизни или здоровью несовершеннолетнего с отражением в медицинской документации (ст.125 и ст.156 Уголовного кодекса РФ, ч.5 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011г №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

5.Рекомендуется заполнение формы уведомления об ответственности за отказ от профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (Приложение №7). Если мать отказывается его подписывать, то документ читается матери вслух и заверяется двумя подписями медработников.

6.Медицинские учреждения в обязательном порядке информируют органы опеки попечительства о матерях, отказывающихся от проведения профилактики ребенку (по месту фактического нахождения ребенка) (ч.3 ст.56 Семейного кодекса РФ).

7.В исключительных случаях (отказ от профилактики новорожденного) органы опеки и попечительства могут применить ст.77 Семейного кодекса РФ об отобрании ребенка при непосредственной угрозе его здоровью с целью организации проведения дальнейших действий по защите здоровья ребенка.

Приложение 9 к Порядку VIII

**Предоставление информации о ВИЧ-инфицированных беременных, об окончании беременности и о детях, рожденных ВИЧ-позитивными матерями.**

1. Врач акушер-гинеколог женской консультации, гинекологического отделения, родильного дома при получении позитивного результата методом ИФА направляет беременную в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» для более детального обследования, уточнения диагноза и назначения профилактики ВИЧ-инфекции от матери ребенку. При этом женщине разъясняется вероятность ложноположительных результатов и необходимость проведения более детального обследования для быстрого уточнения ВИЧ-статуса.

2. В случае отказа от дополнительного обследования и от проведения профилактических мероприятий, с беременной проводится углубленное послетестовое консультирование с привлечением медицинского психолога, заведующего отделением. При проведении послетестового консультирования беременной разъясняется риск инфицирования ребенка, ответственность за отказ от медицинской помощи, влекущей за собой угрозу жизни и здоровью ребенку в связи с инфицированием ВИЧ на основании ст.122 и ст.125 Уголовного кодекса РФ. Необходимо оформлять письменный отказ, который прилагается к медицинской документации (Приложение №8).

3. После окончания беременности у ВИЧ-позитивной женщины (роды, медицинский или медикаментозный аборты, выкидыш, внематочная беременность) акушер-гинеколог, оказавший медицинскую помощь, в течение 3-х дней должен информировать специалистов ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» об окончании беременности.

4. После родоразрешения ВИЧ-инфицированной беременной врач-неонатолог заполняет учетную форму 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью», которая подается в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» в течение 3 дней со дня родов.

Приложение 10 к Порядку VIII

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
здравоохранения РФ

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Министерства

от 19.12.2003г. №606

Наименование учреждения
ОКУД_____
_____
ОКП_____

Код формы по

Код учреждения по

Медицинская документация
Форма № 313/у Утверждена Минздравом России

## ИЗВЕЩЕНИЕ О СЛУЧАЕ ЗАВЕРШЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ЖЕНЩИНЫ

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст (полных лет)_____3. Гражданство _____
1. Адрес фактического проживания _____
   _____
2. Предполагаемый путь инфицирования: инъекционный -1; половой -2; не уточнен -3
3. Дата установления диагноза ВИЧ-инфекции(месяц,год)_____ Диагноз установлен: до наступления беременности – 1; во время беременности (указать срок беременности) – 2 _____; при поступлении на роды – 3.
4. Стадия ВИЧ-инфекции:
   4.1. При взятии на учет по беременности_____
   4.2. При завершении беременности _____
5. Дата завершения беременности (число, месяц, год)_____
6. Беременность закончилась: родами – 1; абортом – 2; операцией по поводу внематочной беременности – 3.
7. Роды:
   7.1. По сроку: преждевременные – 1; своевременные – 2;
   7.2. Способ родоразрешения: через естественные родовые пути – 1; операция кесарева сечения – 2; другие оперативные вмешательства в родах (указать какие) _3_____
   7.3. Продолжительность родов (в часах) _____
   7.4. Продолжительность безводного промежутка (в часах)_____

8. Химиопрофилактика :
   8.1. В период беременности: полный курс (с 14 недель) – 1; неполный курс (указать с какого срока беременности) – 2 _____; не проводилась – 3.

   8.2. Химиопрофилактика в родах: проводилась – 1; нет – 2.

9. Аборт:
   9.1. Срок: до 12 нед.-1; 12-22 нед.- 2; 22-27 нед. -3.
   9.2. Аборт самопроизвольный – 1; медицинский артифициальный – 2; по медицинским показаниям – 3; криминальный – 4; неуточненный – 5.

Должность, Ф.И.О. лица, заполнившего форму_____
_____

Подпись _____дата _____
контактный телефон_____

Приложение 11 к Порядку VIII

Приложение №11
к приказу МЗ РК № __ от _____

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 16.09.2003г. №442
Министерство здравоохранения Код учреждения по ОКПО_____
Наименование учреждения Медицинская документация
_____ форма №309/у
_____ Утверждена Минздравом России

**ИЗВЕЩЕНИЕ О НОВОРОЖДЕННОМ,**
**РОЖДЕННОМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ.**

1. Ребенок матери _____
   Ф.и.о.матери
2. Дата рождения матери (число, месяц, год) _____
3. Дата рождения ребенка (число, месяц, год)_____
4. Пол: мальчик – 1; девочка – 2
5. Масса ребенка при рождении (Г) _____
6. Рост ребенка при рождении (СМ)_____
7. Отказной ребенок: да – 1; нет -2,
8. Место рождения: республика, край, область_____
   _____город, село _____
   ЛПУ _____
1. Грудное вскармливание ребенка: да – 1; нет – 2
2. Клинический диагноз ребенка
   _____
3. Проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку: нет – 1; да – 2;
   Препарат _____доза _____
   Продолжительность : с _____по _____
4. Место регистрации матери: республика, край, область
   _____
   Район_____ ____город,село_____
   Улица_____дом_____корпус_____квартира_____
5. Место фактического проживания матери: республика, край, область
   _____
   Район_____ ____город,село_____
   Улица_____дом_____корпус_____квартира_____
6. Первое обращение по поводу беременности: число_____месяц_____год_____ ЛПУ
   _____
7. Состояла на учете по беременности в женской консультации: нет – 1; да – 2
8. Срок постановки на учет в женской консультации: до 12 недель – 1; с 12 недель до 23 недель – 2; с 24 недель по 35 неделю – 3, с 36 недель – 4
9. Дата установления ВИЧ-инфицирования: число _____месяц_____год__

10. Путь инфицирования: половой – 1, парентеральный -2; нет данных – 3
11. Проведение перинатальной профилактики ВИЧ: нет – 1; да – 2
    11.1. В период беременности нет – 1; да – 2. Препарат _____ доза _____; с какого срока беременности: 14-20 нед.- 1; 21-24 нед. – 2; с 24 по 28 неделю – 3; с 28 по 32 нед. -4; с 33 и более недель – 5
    11.2. В родах: нет – 1; да – 2. Препарат _____ доза _____
12. Родоразрешение в срок беременности (в неделях)_____
13. Кесарево сечение: да – 1; нет – 2

Должность, ф.и.о. лица, заполняющего форму _____
Подпись_____дата_____
контактный тел._____

Приложение 12 к Порядку VIII

## Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденного

Обязательному исследованию подлежат:

1.Венозная кровь новорожденного на определение РНК и/или ДНК ВИЧ в плазме крови методом ПЦР в первые 48 часов после рождения в целях раннего выявления ВИЧ-инфекции и ИФА-методом:

- детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями;
- детям, рожденным женщинами с положительным результатом экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию;
- детям, рожденным женщинами, которые не были обследованы или недостаточно обследованы на антитела к ВИЧ на этапе беременности;
- детям женщин, получавших профилактику по эпидемиологическим показаниям:

а) при употреблении психоактивных веществ до родов;

б) при наличии незащищенных половых контактов с партнером, употребляющим психоактивные вещества;

в)при наличии незащищенных половых контактов с ВИЧ-инфицированным партнером до родов.

Пуповинную кровь для проведения исследований не используют.

Общие правила забора материала:

- осуществлять забор клинического материала строго соблюдая инструкции, только стерильными одноразовыми инструментами, в стерильные вакуумные одноразовые системы (вакутайнеры). Работать только в одноразовых резиновых перчатках.
- строго соблюдать правила хранения и транспортировки клинических проб. Клинический материал должен сопровождаться направлением на исследование.
- категорически запрещается использовать «Гепарин» в качестве антикоагулянта.
- категорически запрещается открывать крышки стерильных пробирок во время забора крови.
- забор крови проводят натощак из периферической вены одноразовой иглой (диаметр 0,8-1,1 мм), для детей рекомендовано использовать иглы-«бабочки», в специальную вакуумную систему с ЭДТА, не снимая резиновых пробок с вакуумных систем. Во время забора пробку прокалывают специальной насадкой с иголкой, благодаря чему кровь в стерильных условиях попадает в вакуумную систему, которая содержит антикоагулянт. Затем пробирку аккуратно переворачивают 8-10 раз для перемешивания крови с антикоагулянтом.

Забор венозной крови для данных исследований проводить в разные пробирки.

Условия хранения материала:

- образцы с цельной кровью в вакуумных пробирках с ЭДТА сохраняют при температуре 2-8*С не более 48 часов.

Условия транспортировки материала:

- транспортировка клинического материала осуществляется в специальном термоконтейнере с охлаждающими элементами.

- цельную кровь транспортируют при температуре 2-8*С в течение 48 часов с момента забора крови.

## XI. **Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности в Республике Крым.**

Искусственное прерывание беременности пациенткам, не имеющим медицинских показаний для прерывания беременности в сроке до 12 недель, а также прерывание беременности при наличии плода с выявленными врожденными аномалиями развития в сроке до 12 недель, проводится в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым, по месту наблюдения беременной, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), и акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности (в медицинских организациях второго и третьего уровня).

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

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

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

Доабортное консультирование проводится с целью принятия беременной осознанного, самостоятельного и ответственного решения о сохранении беременности или об искусственном прерывании беременности и

направлено на повышение количества беременных, отказавшихся от искусственного прерывания беременности.

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

При отсутствии в медицинской организации, в которую обратилась беременная с целью искусственного прерывания беременности, кабинета психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, или центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, либо медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника беременная направляется в медицинскую организацию, в структуре которой создан кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, или центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и имеющую медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника.

Искусственное прерывание беременности проводится:

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

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

Искусственное прерывание беременности у беременных с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в месте локализации рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений, а также в иных случаях, определенных перинатальным консилиумом осуществляется в гинекологическом отделении ГБУЗ РК «РКБ им Н.А. Семашко».

## X. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

Диспансерное наблюдение и обследование пациентов с бесплодием, а также беременных после лечения бесплодия в соответствии с требованиями Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 №747н осуществляется в медицинских организациях, отнесенных к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым.

Лечение методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) осуществляется в соответствии со стандартами и порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020г. №803н и от 30.10.12 №556н, а также клиническими рекомендациями (протокол лечения) от 05.02.2019 г. № 15-4/и/2-1908 «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация», а также клиническими рекомендациями «Женское бесплодие» и «Мужское бесплодие» и проводится медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий в Республике Крым.

Направление пациентов на лечение методами ВРТ в медицинские организации **за пределами Республики Крым** осуществляется лечащим врачом медицинской организации с предоставлением документации, в которой указывается наименование медицинской организации, в которую пациенты направляются для лечения, с предварительной консультацией в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра с внесением информации в регистр пациентов главного внештатного специалиста по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Республики Крым.

Медицинскими организациями предоставляется формы направлений пациентов на базовую программу ЭКО (согласно приложение №1 к Порядку X), содержащие персональные данные, в Государственное бюджетное учреждение Республики Крым «Крымский медицинский информационно-аналитический центр», используя защищенный канал связи VipNet на электронный адрес **AP67008KMIAC РОСНТА** в срок не позднее трех дней с момента выдачи направления

Медицинскими организациями предоставляются ежемесячно до первого числа месяца, следующего за отчетным, сведения в Министерство здравоохранения Республики Крым на электронный адрес **rd2st@mail.ru** о направлении и результатах выполнения программы ЭКО пациентам с бесплодием (согласно приложению №2 к Порядку X).

Выполнение базовой программы ЭКО направленным пациентам в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 31.07.2020г. №803н. осуществляется медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь методами вспомогательных репродуктивных технологий в рамках ОМС, имеющими лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (проведение ВРТ).

С целью осуществления мониторинга справки о проведенных программах ЭКО направляются в Государственное бюджетное учреждение Республики Крым «Крымский медицинский информационно-аналитический центр», используя защищенный канал связи VipNet на электронный адрес **AP67008KMIAC РОСНТА** (согласно приложению №3 к Порядку Х) не позднее двух дней с момента окончания процедуры лечения.

Предоставляются отчеты о проведенных программах ЭКО в Управление организации оказания педиатрической, акушерско-гинекологической помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия и санаторно-курортного обеспечения Министерства здравоохранения Республики Крым на электронный адрес ohmatdetmzrk@mail.ru (согласно приложению №4 к Порядку Х) в срок ежемесячно до 1 числа месяца, следующего за отчетным.

Главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Республики Крым по репродуктивному здоровью проводится мониторинг и анализ качества оказания медицинской помощи методами ВРТ за средства ОМС в Республике Крым.

Приложение 1 к Порядку X

**Направление**
**№_____ от _____20_____г.**
**для проведения программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и/или переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования**

_____
(Ф.И.О. (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

_____ _____
(дата рождения пациента) (возраст пациента)

_____
(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))

_____
(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС* пациента)

_____
(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

_____
(код диагноза пациента по МКБ-10**)

_____
(первичное/повторное обращение для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

_____
(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

_____
(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

_____ _____
(должность) (подпись) (Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

---

<*> Страховой номер индивидуального лицевого счета.

<**> Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

Приложение 2 к Порядку X

**Форма ежемесячного отчета медицинской организации о наблюдении пациентов с бесплодием и результатах лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение - ЭКО)**

Название медицинской организации
_____месяц

| Состоит на учете с беспло-дием | Число направленных на лечение бесплодия методом ЭКО* | Число прошедших лечение бесплодия методом ЭКО | Число женщин, вставших на учет по беременности после ЭКО | Число родов после ЭКО | Число детей, родив-шихся после ЭКО |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

---

* ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение
Информация подается ежемесячно до 1го числа, следующего за отчетным
В таблицу вносятся данные до 1го числа месяца, следующего за отчетным

Приложение 3 к Порядку X

**Справка**
**о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования**

№_____

от «_____» _____ 20_____г.

_____

(наименование медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО)

_____ _____ _____

(ФИО пациента) (дата рождения) (возраст пациента)

_____

(период проведения экстракорпорального оплодотворения - ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

_____

(результат проведенного лечения)

_____ _____ _____

(должность руководителя мед. организации) (подпись) Ф.И.О.

М.П.

«____» _____ 20____г.

(дата оформления)

---

* Процедура завершена на этапе индукции суперовуляции
Процедура завершена на этапе получения ооцитов
Процедура завершена на этапе культивирования эмбрионов
Проведен перенос (криооттаянных) эмбриона/-ов в полость матки
Проведена криоконсервация эмбриона/-ов

Приложение 4 к Порядку X

**Форма ежемесячного отчета медицинской организации о проведении процедур ВРТ**

| № | | Проведено процедур ВРТ за отчетный месяц | Наступило беременностей после процедур ВРТ за месяц, предшествующий отчетному |
|---|---|---|---|
| 1 | Процедуры ЭКО (всего) | | |
| 1.1 | - в тч процедуры ЭКО гражданам Республики Крым | | |
| 1.2 | - из них процедуры ЭКО гражданам Республики Крым за средства ОМС | | |
| 1.3 | - в тч процедуры Криопереноса эмбрионов за средства ОМС | | |
| 2 | Процедуры искусственной инсеминации (всего) | | |

Руководитель медицинской организации _____ (ФИО, подпись)

МП

---

Примечания:

- отчет подается Министерство здравоохранения Республики Крым до 1го числа месяца, следующего за отчетным
- в отчет вносятся данные о процедурах ЭКО, оконченных до 1го числа месяца, следующего за отчетным;
- в отчет вносится информация только о клинических беременностях, наступивших непосредственно после проведения процедуры ВРТ

Приложение 2
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

**Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в амбулаторных условиях, в период беременности и послеродовой период, при проведении профилактических мероприятий, а также с гинекологическими заболеваниями.**

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерками или, в случае их отсутствия - медицинской сестрой.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь по профилю акушерство и гинекология оказывается врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная акушерско-гинекологическая помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами женских консультаций (кабинетов врача акушера-гинеколога).

| 1 группа (уровень) | 2 группа (уровень) | 3 группа (уровень) |
|---|---|---|
| 1. ГБУЗРК "ЦГБ г. Армянска" | 1. ГБУЗ РК Симферопольский клинический родильный дом № 1 | ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко». |
| 2. ГБУЗ РК «Красноперекопская ЦГБ» | 2. ГБУЗ РК Симферопольский клинический родильный дом № 2 | |
| 3. ГБУЗ РК ГБУЗ РК «Раздольненская РБ» | 3. ГБУЗ РК «Керченский родильный дом» | |
| 4. ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» | 4. ГБУЗ РК «Евпаторийский родильный дом» | |
| 5. ГБУЗ РК «Первомайская ЦРБ» | 5. ГБУЗ РК «Феодосийский медицинский центр. СП Родильный дом с женской консультацией» | |
| 6. ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ» | 6. ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница» | |

| | | |
|---|---|---|
| 7. ГБУЗ РК «Нижнегорская РБ» | 7. ГБУЗ РК «Джанкойская ЦРБ» | |
| 8. ГБУЗ РК «Советская РБ» | 8. ФГБУ «Ялтинский многопрофильный медицинский центр ФМБА» СП «Ялтинский родильный дом» | |
| 9. ГБУЗ РК «Кировская ЦРБ» | 9. ГБУЗ РК «Сакская РБ» | |
| 10. ГБУЗ РК «Старокрымская РБ имени академика Н.А. Амосова» | | |
| 11. ГБУЗ РК «Ленинская ЦРБ» | | |
| 12. ГБУЗ РК «Судакская ГБ» | | |
| 13. ГБУЗ РК «Алуштинская ЦГБ» | | |
| 14. ГБУЗ РК «Белогорская ЦРБ» | | |
| 15. ГБУЗ РК «Бахчисарайская ЦРБ» | | |
| 16. ГАУ РК «Джанкойская городская поликлиника» | | |

Приложение 3
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

**Перечень медицинских показаний для госпитализации в МО в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в Республике Крым**

Показания для оказаний медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары **первой группы** (уровня):

1.отсутствие медицинских показаний к плановой операции кесарева сечения;
2. нормально протекающая беременность без соматической и акушерской патологии;
3. отсутствие высокого риска преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода, определенного по результатам пренатального скрининга I триместра;
4. отсутствие высокого риска акушерских кровотечений;
5. отсутствие высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений;
6. отсутствие высокого риска септических осложнений;
7. головное предлежание плода при некрупном плоде (ПМП до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
8. отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти, преждевременных родов, преэклампсии, эклампсии; отслойки нормально расположенной плаценты;
9. отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

Показания для госпитализации в ургентный родильный зал: активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения); экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода, требующее немедленной госпитализации при отсутствии времени на транспортировку на более высокий уровень оказания медицинской помощи.

При госпитализации в ургентный родильный зал в таких ситуациях требуется незамедлительное информирование (ТМК) Акушерского дистанционного консультативного центра (АДКЦ) для принятия решения о необходимости/отсутствии необходимости вызова выездной бригады специалистов (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог и др.) Центра медицины катастроф и СМП (санавиация).

Показания для оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары **второй группы** (уровня):

1. анемия легкой и средней степени тяжести;
2. пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
3. компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

4. заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
5. срок беременности более 40 недель;
6. предполагаемый крупный плод (ПМП 4000 гр. и более);
7. анатомическое сужение таза I-II степени;
8. тазовое предлежание плода;
9. поперечное и косое положение плода
10. низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34 - 36 недель (за исключением сочетания с рубцом на матке после операции кесарева сечения);
11. мертворождение, ранняя неонатальная смертность в анамнезе;
12. рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения;
13. рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца;
14. беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
15. преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 34-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (уровня) (высокой степени риска);
16. преэклампсия умеренная;
17. поперечное и косое положение плода;
18. эндокринные заболевания (сахарный диабет гестационный
19. на диетотерапии без акушерских осложнений и признаков диабетической фетопатии, заболевания щитовидной железы без клинических признаков гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация);
20. заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, за исключением отслойки сетчатки в анамнезе);
21. перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.
22. варикозная болезнь 1-2 степени

Показания для оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары **третьей А группы** (уровня):

1. состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
2. возраст беременной женщины до 18 лет;
3. преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 34 недель;
4.осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения
5. рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути

6. предлежание плаценты;
7.задержка роста плода;
8. изоиммунизация при беременности;
9. метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
10. водянка плода;
11.многоводие;
12. маловодие;
13. опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенные формы эндометриоза
14. расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);
15. подозрение на врастание плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;
16. преэклампсия тяжелой степени, эклампсия и их осложнения; холестаз, гепатоз беременных;
17. кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
18. рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
19. беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих, родах;
20. антенатальная гибель плода;
21. многоплодная беременность (тремя и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов);
22. врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода;
23. состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств (для обследования и направления в федеральные центры);
24. трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности;
25.заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);
26.перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами, травмы таза;
27. тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
28. заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или

сердечно-легочной недостаточности;
29. диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
30.заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
31. заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
32. эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и/или признаками диабетической фетопатии);
33. заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);
34. заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома, и иные тяжелые заболевания);
35. заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты обертывающей системы крови);
36. заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов, и иные тяжелые заболевания); миастения;
37.злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
38.сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
39. прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;
40. психические заболевания;
41. варикозная болезнь 3 степени;

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

Показания для оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей Б группы (уровня) являются:

- состояния, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий, в том числе медицинской помощи в рамках клинической апробации.

При наличии состояний или диагнозов, не перечисленных выше, маршрутизация пациента осуществляется после предварительной консультации в АКДЦ ПЦ ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» и согласования с руководителем перинатального центра и главным внештатным специалистом МЗ Республики Крым по акушерству и гинекологии.

Приложение 4
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

**СОСТАВ**
**Экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти**

***Председатель:***

Лясковский А.И. - заместитель Министра здравоохранения РК;

***Члены комиссии:***

| | | |
|---|---|---|
| Дьяковнова Т.Б | .- | начальник управления организации медицинской помощи детям и матерям и санаторно-курортного обеспечения МЗ РК; |
| Беглицэ Д.А. | - | главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Акушерство и гинекология», к.м.н.; |
| Лившиц И.В. | - | главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Репродуктивное здоровье», к.м.н.; |
| Пылаев А.В. | - | главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Анестезиология и реаниматология», к.м.н.; |
| Сулима А.Н. | - | профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского», д.м.н. (с согласия); |
| Ткаченко А.Г. | - | главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Патологическая анатомия»; |
| Сидоров А.Г. | - | главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Неонатология», к.м.н.; |

***Секретарь комиссии:***

| | | |
|---|---|---|
| Гришко Н.В. | - | врач акушер-гинеколог клинико-консультативного центра СП - Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко». |

Приложение 5
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

# ПОЛОЖЕНИЕ
# Об Экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти

## 1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регламентирует деятельность Экспертной комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти (далее - Комиссия).

1.2. Комиссия создается с целью совершенствования работы по снижению уровня материнской смертности, профилактике тяжелых акушерских осложнений, а также для повышения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в Республике Крым.

1.3. Комиссия формируется из сотрудников Министерства здравоохранения Республики Крым (далее - министерство), курирующих службу родовспоможения; главных внештатных специалистов министерства; сотрудников Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского» (по согласию); представителей подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым республиканских медицинских организаций.

1.4. В своей деятельности Комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Крым, а также настоящим Положением.

## 2. Функции Комиссии

Комиссия осуществляет следующие функции:

2.1. Проведение анализа случаев материнской смертности.

2.2. Выработка экстренных и перспективных решений по совершенствованию оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам на основе результатов анализа случаев материнской смертности.

2.3. Оформление протоколов заседаний комиссии.

## 3. Права

Комиссия обладает правом:

3.1 При необходимости приглашать для участия в работе Комиссии специалистов по профилям заболеваний, имевшихся у пациентки в

разбираемом случае материнской смертности, врачей патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов.

3.2. Назначать рецензентов для проведения анализа случаев материнской смертности из числа членов комиссии, а также из числа наиболее квалифицированных специалистов Республики Крым по профилю «акушерство и гинекология», «анестезиология и реаниматология», «патологическая анатомия», «судебно-медицинская экспертиза», другим профилям в соответствии с имевшимися у пациентки заболеваниями, сотрудников Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского» (по согласию).

3.3. Приглашать на заседания Комиссии заинтересованных лиц, а именно:

- медицинских работников, принимавших участие в оказании медицинской помощи пациентке, в том числе, до наступления беременности;
- представителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения и (по согласию) частной формы собственности, в которых оказывалась медицинская помощь пациентке.

3.4. Выносить решения, обязательные для исполнения медицинскими организациями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Республики Крым, и рекомендованные для исполнения медицинскими организациями частной системы здравоохранения Республики Крым.

## 4. Порядок организации деятельности Комиссии.

4.1. Заседания Комиссии проводятся при возникновении случаев материнской смерти, в срок не позднее двух месяцев со дня наступления материнской смерти. Сроки проведения Комиссии могут увеличиваться в случае необходимости проведения дополнительных экспертиз, либо при невозможности, в силу объективных причин, предоставления медицинской документации для работы Комиссии.

4.2. Заседания Комиссии могут проводиться как основным составом, так и с участием приглашенных специалистов. При необходимости могут проводиться выездные заседания Комиссии.

4.3. Секретарь комиссии не менее чем за 10 рабочих дней до заседания Комиссии оповещает членов комиссии и приглашенных специалистов о времени, месте проведения заседания Комиссии и повестке заседания Комиссии.

4.4. На заседании комиссии клиническая часть анализируемого случая докладывается докладчиком (лечащим врачом, главным врачом, заместителем главного врача, заведующим отделением) медицинской организации, где возник случай материнской смерти, главным внештатным специалистом министерства, об оказываемой медицинской помощи пациентке на всех этапах. Члены комиссии и присутствующие на заседании Комиссии специалисты задают докладчикам вопросы касательно разбираемых случаев.

4.5. Рецензенты зачитывают рецензии на оказание медицинской помощи, давая оценку организации и качеству оказания медицинской помощи, завершая свое выступление заключением о предотвратимости смертельного

исхода.

4.6. Члены Комиссии высказывают свои замечания по оказанию медицинской помощи в разбираемом случае, если таковые имеются и дают организационно-методические рекомендации по предотвращению подобных случаев в дальнейшем.

4.7. После совещания членов Комиссии ее председателем или сопредседателем оглашается окончательное решение комиссии о предотвратимости случая материнской смертности.

4.8. Решение Комиссии оформляется протоколом заседания комиссии, который подписывается членами Комиссии.

4.9. Выписка из протокола с решением Комиссии направляется в течение 20 рабочих дней со дня проведения заседания Комиссии в медицинские организации, оказывавшие медицинскую помощь пациентке при беременности и после родоразрешения для принятия к сведению и исполнения решений Комиссии при их наличии.

4.10. Ответственность за исполнение вынесенных Комиссией решений возлагается на руководителей медицинских организаций Республики Крым.

4.11. В отдельных случаях по решению Комиссии результаты разбора случая оказания медицинской помощи могут служить основанием:

для подготовки приказов министерства, направленных на устранение выявленных в ходе работы Комиссии нарушений, оптимизацию оказания медицинской помощи как в отдельной медицинской организации, так и в других медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым в целом;

для проведения министерством внеплановых, в том числе, выездных проверок медицинских организаций, подведомственных министерству, в части касающейся организации службы родовспоможения.

Приложение 6
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

**Перечень документов, необходимых для предоставления в Экспертную комиссию Министерства здравоохранения Республики Крым по разбору случаев материнской смерти**

1. Форма N 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного»;
2. Форма N 111/у-20 «Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы»;
3. Форма № 113/у-20 «Обменная карта беременной, роженицы и родильницы»;
4. Форма № 096/1у-20 «Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях»;
5. Карта пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (при наличии);
6. Форма учетной медицинской документации N 013/у «Протокол патолого-анатомического вскрытия»;
7. Учетная форма N 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» (при наличии);
8. Протокол разбора случая материнской смерти в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
9. Карта донесение о случае материнской смерти.

Приложение 7
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

**КАРТА**

**ДОНЕСЕНИЕ О СЛУЧАЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ**

Ф.И.О. _____ Возраст (полных лет) __ Дата смерти: число __ месяц _____ год ____
Место смерти
_____
Место постоянного проживания
_____

| N п/п | | |
|---|---|---|
| 1. | ЖИТЕЛЬНИЦА:<br>0 - нет данных;<br>1 - город;<br>2 - село. | 5 -острая сер-сосуд недостаточность;<br>6 - геморрагический шок;<br>7 - септический шок;<br>8 - др. виды шока;<br>9 - полиорганная недостаточность;<br>10 - реанимационная болезнь;<br>11 - прочие: _____. |
| 14. | ПАРИТЕТ БЕРЕМЕННОСТИ:<br>0 - нет данных;<br>1 - первая;<br>2 - вторая;<br>3 - третья;<br>4 - четвертая;<br>5 - пятая и более. | ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИЙ<br>Основное заболевание _____<br>Осложнения основного заболевания _____<br>Сопутствующие заболевания _____ |
| 23. | СРОК ГЕСТАЦИИ на МОМЕНТ ЗАВЕРШЕНИЯ | |

| | | |
|---|---|---|
| | БЕРЕМЕННОСТИ: | |
| | 0 - нет данных; | |
| | 1 - указать срок в неделях | |
| | _____. | |
| | НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ: | |
| | 0 - нет данных; | |
| | 1 - кровоизлияние в мозг; | |
| | 2 - отек мозга; | |
| | 3 - отек легких; | |
| | 4 - острая почечно-печеночная | |
| | недостаточность; | |

Акушер-гинеколог _____
(Ф.И.О., должность, число и подпись)

Приложение 8
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Крым
№ 1983 от 01 июля 2026 г.

# ПОЛОЖЕНИЕ

## о кураторе медицинской организации первого и второго уровней оказания перинатальной помощи в Республики Крым

1. Общие положения
1.1 Куратор назначается приказом ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко и согласовывается с главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Крым из числа наиболее квалифицированных и опытных специалистов ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко и Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ высшего образования «Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского» (по согласованию).
1.2 Куратор должен знать:
законодательные и нормативно-правовые акты, методические материалы, касающиеся деятельности медицинских организаций службы родовспоможения; современные медико-организационные и перинатальные технологии, разрешенные к применению в акушерско-гинекологической службе; структуру и ресурсное обеспечение курируемой медицинской организации.
2. Функциональные обязанности куратора
Куратор осуществляет следующие функции:
2.1. Осуществляет выезды в закрепленные медицинские организации не реже двух раз в год.
2.2. Принимает участие в оказании организационно-методической, экспертно-консультативной и лечебно-диагностической помощи беременным, роженицам и родильницам в курируемом регионе.
2.3. Контролирует исполнение медицинских технологий, стандартов и порядков оказания акушерско-гинекологической помощи и осуществляет методическое руководство по их внедрению в курируемом регионе.
2.4. Участвует в определении потребности в медицинских кадрах, принимает участие в планировании работы по повышению квалификации медицинских работников,
2.5. Участвует во внедрении и использовании телекоммуникационных технологий при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, ролов и послеродовом периоде.
2.6. Куратор вносит предложения по совершенствованию работы акушерско-гинекологической службы курируемой медицинской организации руководителю медицинской организации.
2.7. Предоставляет ежегодный отчет руководителю перинатального центра ГБУЗ РК РКБ им. Н.А. Семашко.
2.8. В ежегодном отчете отражается следующая информация:

1) Характеристика курируемого региона, основные показатели и анализ деятельности акушерско-гинекологической службы курируемого региона.
2) Обеспеченность медицинскими кадрами, среднего медицинского персонала акушерско-гинекологического профиля. Укомплектованность кадрами, работа по кадровому обеспечению. План повышения квалификации специалистов.
3) Лечебно-диагностическая работа:
-внедрение требований клинических рекомендаций, современных перинатальных технологий, стандартов и порядков оказания медицинской помощи на различных этапах и уровнях курируемой медицинской организации;
- работа медицинской организации в рамках 3-уровневой системы службы родовспоможения;
- организация медицинской помощи при неотложных состояниях, использование телемедицинских консультаций.
- Предложения по совершенствованию работы.