



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

ПРИКАЗ

от 05.06.2026

№ 7804р/26

г. Кызыл

Об утверждении Положения об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Республики Тыва

В целях совершенствования оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам, во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Тыва, утвержденным постановлением Правительства Республики Тыва от 18 апреля 2013 г. № 228, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемое Положение об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Республики Тыва (далее – Положение).

2. Главным врачам ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская детская больница», ГБУЗ Республики Тыва «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский наркологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская психиатрическая больница», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский онкологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Инфекционная больница», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский консультативно-диагностический центр», межкожуунных медицинских центров, центральных кожуунных больниц представить в отдел охраны материнства и детства и эпидемиологической безопасности приказ о назначении лица, ответственного за организацию исполнения Положения и контроль за маршрутизацией беременных женщин.

3. Главным врачам медицинских организаций первого уровня оказания медицинской помощи, в структуре которых находятся родильные отделения организовать гинекологические отделения с urgentным родильным залом.

4. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Тыва от 30 декабря 2020 г. № 1610пр/20 «О совершенствовании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Республики Тыва».

5. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

6. Разместить настоящий приказ на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Тыва в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Тыва Ховалыг Н.М.

Министр



А.К. Югай

Утверждено
приказом Министерства
здравоохранения Республики Тыва
от 05.06.2026 № 7804/26

ПОЛОЖЕНИЕ
об оказании медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология» на территории Республики Тыва

I. Оказание медицинской помощи женщинам
в период беременности на территории Республики Тыва

1. Медицинская помощь по профилю «акушерство и гинекология» (далее - медицинская помощь) оказывается взрослому и детскому населению.

2. Организация работы женских консультаций проводится в соответствии с приложением № 1 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. № 747н.

Работа организуется по участковому принципу: на одну должность врача акушера-гинеколога 3500-4000 женского населения.

Медицинская помощь оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по акушерскому делу, и (или) акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), и (или) акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

3. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

3.1. вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

3.2. амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3.3. в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

3.4. стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

4.1. экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);

4.2. неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента);

4.3. 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).

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

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

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

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

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

10. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами.

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

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

(семейным врачом), врачом-акушером-гинекологом мобильной медицинской бригады.

12. Медицинские организации Республики Тыва, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, делятся на три группы (уровня):

первая группа (уровень) - медицинские организации, имеющие в своей структуре кабинет врача-акушера-гинеколога и (или) кабинет врача-акушера-гинеколога для несовершеннолетних:

ГБУЗ Республики Тыва «Монгун-Тайгинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Бай-Тайгинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Овюрская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Сут-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Чаа-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Чеди-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тандинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тес-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Эрзинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Каа-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Пий-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тере-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тоджинская ЦКБ»;

вторая группа (уровень) - женские консультации и медицинские организации, имеющие в своей структуре женскую консультацию:

ГБУЗ Республики Тыва «Барун-Хемчикский ММЦ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Улуг-Хемский ММЦ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Дзун-Хемчикский ММЦ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва»;

ГБУЗ Республики Тыва «Кызылская ЦКБ»;

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:

ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

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

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

Первая группа (уровень) – медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре urgentные родильные залы или родильные дома (родильные отделения), в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, и (или) врача-неонатолога, и (или) врача-анестезиолога-реаниматолога, расположенные на значительном удалении от организаций родовспоможения (акушерских стационаров) второй, третьей А или третьей Б группы (уровня) и (или) в населенных пунктах, имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий:

ГБУЗ Республики Тыва «Монгун-Тайгинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Бай-Тайгинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Овюрская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Сут-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Чаа-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Чеди-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тандинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тес-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Эрзинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Каа-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Пий-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тере-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Годжинская ЦКБ».

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

ГБУЗ Республики Тыва «Барун-Хемчикский ММЦ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Улуг-Хемский ММЦ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Дзун-Хемчикский ММЦ».

Третья А группа (уровень) – перинатальные центры и медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре перинатальные центры, в которых предусмотрен акушерский дистанционный

консультативный центр (далее – АДКЦ), осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь и организаций родовспоможения (акушерских стационаров):

ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

15. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним, с гинекологическими заболеваниями, делятся на три группы (уровня):

Первая группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение или гинекологическое отделение для несовершеннолетних либо располагающие гинекологическими койками или гинекологическими койками для детей, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога:

ГБУЗ Республики Тыва «Монгун-Тайгинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Бай-Тайгинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Овюрская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Сут-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Чаа-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Чеди-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тандинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тес-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Эрзинская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Каа-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Пий-Хемская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тере-Хольская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Кызылская ЦКБ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Тоджинская ЦКБ».

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:

ГБУЗ Республики Тыва «Барун-Хемчикский ММЦ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Улуг-Хемский ММЦ»;

ГБУЗ Республики Тыва «Дзун-Хемчикский ММЦ».

Третья А группа (уровень) - медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, имеющие в своей структуре гинекологическое отделение и отделение реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения либо гинекологическое отделение для несовершеннолетних и отделение анестезиологии-реанимации:

ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

16. Скорая специализированная медицинская помощь оказывается выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи в структуре ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф», ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

17. В труднодоступных районах Республики Тыва и в случае отсутствия экстренного доступа для выездной консультативной бригады в целях обеспечения своевременного оказания медицинской помощи вне медицинской организации скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается общепрофильной выездной бригадой скорой медицинской помощи и ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф».

Медицинская эвакуация беременных, рожениц, родильниц, женщин и несовершеннолетних с гинекологическими заболеваниями из медицинских организаций, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, осуществляется специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи, ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф», ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

18. Медицинские организации обеспечивают доступность в оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении в соответствии с Порядком организации санаторно-курортного лечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 169н (действует до 1 сентября 2031 г.).

19. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями № 1-44 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 г. № 747н.

20. Медицинские организации осуществляют информационное взаимодействие при оказании медицинской помощи в соответствии со статьей 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ).

II. Оказание медицинской помощи в период беременности

21. При первом обращении беременной проводятся сбор анамнеза и жалоб, осмотр, назначаются диагностические исследования.

22. Врач-акушер-гинеколог медицинской организации, обеспечивающий наблюдение за течением беременности при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (далее – лечащий врач), осуществляет постановку беременной на учет в день обращения или не позднее 14 дней после первого обращения беременной при сроке беременности

от четвертой до седьмой недели и не позднее семи дней при сроке беременности более седьмой недели и оформляет индивидуальную медицинскую карту беременной и родильницы, форма которой предусмотрена приложением № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (действует до 1 января 2027 г.) (далее – приказ № 1130н, учетная форма № 111/у-20 соответственно), и обменную карту беременной, роженицы и родильницы, форма которой предусмотрена приложением № 3 к приказу № 1130н (далее – учетная форма № 113/у-20).

23. За весь период наблюдения за течением беременности во время нормальной беременности приемы (осмотры, консультации) беременных проводятся следующими медицинскими работниками:

врачом-акушером-гинекологом – не менее пяти раз;

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

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

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

медицинским психологом (психологом) – не менее двух раз;

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

24. Проводится оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг):

при сроках беременности 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней в межкожуунных медицинских центрах и в отделении антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва»;

при сроках беременности 19 недель 0 дней - 21 неделя 6 дней в отделении антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва»;

при сроках 28 недели 0 дней - 33 недель 6 дней в медицинских организациях по месту наблюдения и имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую в том числе работу (услугу) по ультразвуковой диагностике и в отделении антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

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

26. Оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг) на сроках беременности 11 недель 0 дней – 13 недель 6 дней (далее –

пренатальный скрининг I триместра) проводится с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, пороков развития плода, признаков генетических нарушений, оценки риска хромосомных аномалий, преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода и включает в себя:

измерение роста, массы тела, артериального давления беременной;

уточнение семейного анамнеза;

ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности одиннадцатая - четырнадцатая недели по оценке антенатального развития плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности) (скрининг I) (далее - скрининговое УЗИ I триместра);

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

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

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

28. Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св.-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, форма которого предусмотрена приложением № 8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом № 1130н (далее – талон-направление № 1), доставляются в лабораторию отделения антенатальной охраны плода ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

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

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

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

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

Заключение по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляется лечащему врачу в медицинскую организацию, в которой проводится наблюдение за течением беременности, в том числе для последующего внесения в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20, а также в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ I триместра.

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

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

31. При наличии показаний для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) не позднее 48 часов с момента получения результатов пренатального скрининга беременная должна быть вызвана на консультацию акушера-гинеколога по месту наблюдения. В случае удаленности (протяженности) субъекта и отсутствия транспортной доступности беременная может быть проконсультирована посредством телемедицинской консультации.

32. На приеме врач акушер-гинеколог разъясняет пациентке результаты пренатального скрининга и проводит предтестовое консультирование по неинвазивному пренатальному тестированию (определению внеклеточной ДНК плода по крови матери), пациентка подписывает согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), формируется и выдается направление 057/у. При отказе от проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) пациентка подписывает информированный отказ от обследования.

33. В случае установления среднего риска (1:101 – 1:1000) беременной выдается направление установленного образца в кабинет антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», для взятия крови на неинвазивное пренатальное тестирование (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери).

34. В случае установления высокого риска (1:100 и выше) по результатам пренатального скрининга беременной выдается направление в кабинет антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» на консультацию врача акушера-гинеколога и врача-генетика для решения вопроса о проведении ИПД и для взятия крови на неинвазивное пренатальное тестирование (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери). По показаниям проводится повторное скрининговое УЗИ I триместра и комплексный расчет индивидуального риска в целях подтверждения группы высокого риска.

При наличии противопоказаний для проведения ИПД на момент обращения и/или в случае отказа беременной от проведения ИПД, пациентке проводится консультирование по возможностям неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери). В случае согласия на процедуру пациентка подписывает информированное добровольное согласие, в случае отказа – подписывает отказ.

35. Взятие крови на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) осуществляется в кабинете антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

36. Взятие крови на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), включая повторное взятие при необходимости, проводится не позднее 48-72 часов с момента выдачи направления на сроке до 17,0 недель беременности. Возможно повторное взятие образца крови в случае получения невалидного результата у беременных, обратившихся на первичное исследование на сроке не более 16,0 недель.

37. В случае необходимости повторного взятия крови для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) специалисты ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» информируют врача акушера-гинеколога женской консультации по месту наблюдения беременной.

38. Взятие биологического образца и его отправка осуществляются в организацию ФГБНУ «НИИ Медицинской генетики» г. Томск в течение 48 часов с момента получения информации, но не позднее 17,6 недель беременности. При отправке к образцу крови необходимо сформировать новое направление на исследование по форме 057/у. В случае отказа пациентки от повторного взятия крови для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) подписывается информированный отказ от проведения исследования.

39. Взятие крови осуществляется в специальные пробирки со стабилизатором внеклеточной ДНК, обеспечивающие стабильность внеклеточной ДНК в течение не менее 72 часов. Хранение и транспортировка биоматериала осуществляются в соответствии с рекомендациями производителей (при температуре не выше 24°C, замораживание не допускается).

Пробирки должны быть промаркированы до взятия материала. На маркировке должны быть указаны: идентификатор субъекта и лечебного учреждения, осуществившего взятие крови; ФИО пациента; дата его рождения; дата взятия крови.

40. Транспортировка биоматериала осуществляется централизованно из ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» в организацию ФГБНУ «НИИ Медицинской генетики» г. Томск.

41. Образец крови беременной должен быть доставлен в организацию Исполнитель не позднее 72 часов с момента взятия.

42. Каждый образец биоматериала должен быть доставлен в молекулярно-генетическую лабораторию ФГБНУ НИИ Медицинской генетики Томского НИМЦ для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) в сопровождении обязательного пакета документов: - направление на исследование установленного образца (форма 057/у) - копия полиса ОМС – результаты пренатального скрининга, включая УЗ-исследование и оценку комбинированного расчета риска по хромосомной патологии у плода - акт приема-передачи биоматериала.

43. Срок выполнения лабораторного исследования - неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) составляет не более 14 календарных дней с момента поступления биоматериала в лабораторию ФГБНУ НИИ Медицинской генетики Томского НИМЦ.

44. Результаты неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) передаются в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» в электронном виде в течение 24 часов после завершения исследования.

ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» должна в течение 24 часов передать информацию по месту наблюдения беременной.

45. В случае отрицательного результата неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) дальнейшее наблюдение беременной осуществляется врачом акушер-гинекологом по месту прикрепления пациентки в соответствии с Положением об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

46. В случае положительных результатов неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) в течение 48 часов медицинская организация, наблюдающая беременную, обеспечивает проведение консультации врача-генетика и/или акушер-гинеколога и/или консилиума врачей (в т.ч. с применением телемедицинских технологий) для решения вопроса о проведении ИПД.

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

Дальнейшее наблюдение за течением беременности и маршрутизация беременной осуществляется под контролем специалистов АКДЦ и (или) консультативно-диагностического отделения ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

48. Инвазивная пренатальная диагностика показана беременным:

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

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

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

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

49. Инвазивная пренатальная диагностика проводится следующими методами:

биопсия хориона, плаценты;

амниоцентез;

кордоцентез.

50. Медицинские показания к проведению инвазивной пренатальной диагностики и метод ее проведения определяют совместно врач-генетик и врач-акушер-гинеколог консультативно-диагностического отделения ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

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

51. Взятие биологического материала при инвазивной пренатальной диагностике осуществляется в дневном стационаре консультативно-диагностического отделения врачом-акушером-гинекологом совместно с врачом УЗИ отделения антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

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

53. При наличии у беременной тяжелого соматического заболевания, установленного по результатам осмотров врачей-специалистов, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (далее – перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности), и (или) при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга I триместра, и (или) при возникновении осложнений беременности, угрожающих жизни и здоровью матери и (или) плода, и иных заболеваний (состояний) лечащий врач направляет беременную

на перинатальный консилиум, который проводится с целью определения дальнейшей тактики и медицинской организации для наблюдения за течением беременности, объема обследования, сроков лечения и родоразрешения.

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

55. Наблюдение за течением беременности осуществляется с привлечением врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский консультативно-диагностический центр», и проведением консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий, беременной специалистами АКДЦ.

56. Перинатальный консилиум созывается в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» по инициативе лечащего врача и/или врача генетика, который определяет медицинские показания, являющиеся причиной проведения перинатального консилиума.

57. В состав перинатального консилиума включаются:

заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи и/или по акушерско-гинекологической помощи, руководитель;

заместитель главного врача по педиатрии, заместитель руководителя;

заведующий отделением антенатальной охраны плода, секретарь;

заведующий профильного отделения, где числится пациентка на момент проведения консилиума (женской консультации, отделения патологии беременности № 1, отделения патологии беременности № 2, консультативно-диагностического отделения, акушерских отделений, гинекологического отделения, отделения анестезиологии и реанимации);

лечащий врач акушер-гинеколог и/или врач-генетик, секретарь;

врач анестезиолог-реаниматолог (при необходимости);

врач-неонатолог;

врач ультразвуковой диагностики отделения антенатальной охраны плода при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода;

врачи из «Республиканская больница № 1», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская детская больница», ГБУЗ Республики Тыва «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский наркологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская психиатрическая больница», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский онкологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Инфекционная больница», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский консультативно-диагностический центр», с учетом поданных заявок лечащих врачей и медицинских показаний, являющихся причиной проведения перинатального консилиума.

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

59. В состав перинатального консилиума могут включаться врачи-специалисты НМИЦ, участвующие в перинатальном консилиуме в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с приказом № 193н.

60. 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.

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

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

При наличии у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода перинатальный консилиум представляет информацию беременной и членам ее семьи о результатах пренатального скрининга I триместра, лабораторного генетического исследования, заключении врача-генетика (при наличии), прогнозе для здоровья и жизни будущего ребенка, обусловленный заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию) и их последствиях. Информация

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

63. Лечащим врачом с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 25 настоящего Положения, и решения перинатального консилиума (при наличии) до 11 недель 6 дней беременности делается заключение об отсутствии (наличии) факторов риска, обусловленных заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, рекомендуется медицинская организация для дальнейшего наблюдения за течением беременности.

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

ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности девятнадцатая - двадцать первая недели по оценке антенатального развития плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности) (скрининг II) (далее – скрининговое УЗИ II триместра);

ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия).

Беременные с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше, выявленным при проведении пренатального скрининга I триместра или по результатам неинвазивного пренатального теста, а также не прошедшие пренатальный скрининг I триместра направляются на пренатальный скрининг II триместра в отделение антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

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

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

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

68. Лечащим врачом с учетом заключений врачей-специалистов, указанных в пункте 23 настоящего Положения, и решения перинатального консилиума (при наличии), до 20 недель 6 дней беременности делается окончательное заключение об отсутствии (наличии) факторов риска, обусловленных заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, рекомендуется медицинская организация для дальнейшего наблюдения за течением беременности.

69. При монохориальной многоплодной беременности со сроком беременности 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плодов проводится каждые 2 недели в отделении антенатальной охраны плода ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

При дихориальной двойне и трихориальной тройне со срока беременности 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плодов проводится каждые 4 недели в отделении антенатальной охраны плода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

70. При выявлении аномалий расположения, прикрепления плаценты, подозрении на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования беременной проводится консультация врачом-акушером-гинекологом мониторинга и консультативно-диагностического отделения в отделении антенатальной охраны плода ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

71. При выявлении на любом сроке беременности у плода признаков изосенсибилизации беременная направляется в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» для организации оказания медицинской помощи по внутриутробному переливанию крови плоду в медицинской организации ШБ уровня.

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

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

ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока.

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

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

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

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

76. При наличии акушерских осложнений, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная направляется в родильное отделение ММЦ или в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

77. При соматических заболеваниях, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная направляется в ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская детская больница», ГБУЗ РТ «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский наркологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская психиатрическая больница», ГБУЗ РТ «Республиканский онкологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Инфекционная больница», в отделение 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 АКДЦ ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с приказом № 193н.

78. При сочетании осложнений беременности и осложнений соматического заболевания беременная направляется в структурное подразделение ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская детская больница», ГБУЗ Республики Тыва «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский наркологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская психиатрическая больница», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский онкологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Инфекционная больница», оказывающее медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

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

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

диффузных заболеваний соединительной ткани, антифосфолипидного синдрома;

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

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

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

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

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

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

миастении;

злокачественных новообразований в анамнезе либо выявленных при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистых мальформаций, аневризм сосудов;

перенесенных в анамнезе черепно-мозговых травм, травм позвоночника с неврологическими расстройствами таза;

трофобластической болезни в анамнезе;

опухолей репродуктивных органов больших размеров и распространенных форм эндометриоза;

варикозной болезни 3 степени;

жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;

психических заболеваний;

бесплодия любого генеза в анамнезе;

порока развития плода или хромосомных аномалий у плода;

состояний и (или) заболеваний плода (плодов), требующих выполнения внутриутробных медицинских вмешательств;

многоплодной беременности;

задержки роста плода;
изоиммунизации при беременности;
водянки плода.

80. В срок более 22 недель беременности в консультативно-диагностическом отделении или АКДЦ ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» должны быть проконсультированы беременные при наличии:

беременности после экстракорпорального оплодотворения;

беременности с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для оценки возможности проведения родов через естественные родовые пути;

предлежания плаценты;

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

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

поперечного или косоного положения плода;

много- и маловодия;

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

81. Беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, обследуются в амбулаторных или стационарных условиях (по медицинским показаниям) в ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский консультативно-диагностический центр» для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии.

В случае отсутствия возможности проведения обследования в указанных в абзаце первом настоящего пункта медицинских организациях, АКДЦ организует проведение консультаций с применением телемедицинских технологий медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющейся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

82. При сроке беременности 27 недель - 31 неделя 6 дней перинатальный консилиум, в состав которого дополнительно включаются врач-сердечно-сосудистый хирург и врач-кардиолог, представляет беременной информацию о дальнейшей тактике наблюдения за течением беременности, наличии (отсутствии) медицинских показаний к досрочному родоразрешению.

При сроке беременности 32 недели - 36 недель 6 дней перинатальным консилиумом, в состав которого дополнительно включаются врач-сердечно-сосудистый хирург, врач-кардиолог и врач-анестезиолог-реаниматолог, беременной

предоставляется информация о рекомендуемых сроке, способе и медицинской организации для родоразрешения с учетом функционального класса сердечной недостаточности и динамической ее оценкой, а также течения беременности и особенностей состояния фетоплацентарного комплекса.

83. Беременная с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими применения кардиохирургических методов лечения, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования, нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающаяся в оказании медицинской помощи в экстренной форме с применением кардиохирургических методов лечения, направляется для проведения соответствующего лечения в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

В случае отсутствия возможности направления беременной в указанную в абзаце первом настоящего пункта медицинскую организацию, АДКЦ организует проведение консультаций с применением телемедицинских технологий, медицинской организацией, в структуре которой создан перинатальный центр, являющийся организацией родовспоможения (акушерским стационаром) третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии и акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности).

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

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

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

86. Беременные, проживающие в населенных пунктах, на значительном удалении от родильных отделений или перинатального центра и (или) имеющих

плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий, направляются на дородовую госпитализацию в организации родовспоможения, в том числе на койки акушерского ухода или в отделение акушерского ухода ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», для наблюдения, направленного на предупреждение осложнений беременности, продолжения назначенного в амбулаторных условиях лечения и родоразрешения.

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

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

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

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

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

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

в случае, если необходимо оказание хирургической помощи новорожденному в плановой форме в раннем неонатальном периоде, беременная направляется на родоразрешение в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва»;

в случае, если после рождения новорожденному потребуется выполнение экстренного хирургического вмешательства, беременная направляется на родоразрешение в перинатальный центр, имеющий возможность оказания хирургической помощи новорожденному в экстренной форме, в том числе с привлечением врачей-специалистов по профилю порока развития плода из иных медицинских организаций, или в перинатальный центр, имеющий в своей структуре отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией и оснащенный автомобилем скорой медицинской помощи класса «С» для осуществления медицинской эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «детская хирургия» и (или) «сердечно-сосудистая хирургия» в стационарных условиях детям, в целях проведения хирургического вмешательства.

90. Медицинская эвакуация новорожденного из медицинской организации, в которых отсутствует возможность оказания хирургической помощи, осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными консультативными бригадами, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи (пункт 11 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 апреля 2025 г. № 222н.

91. При невозможности оказания новорожденному с пороком развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетическими нарушениями необходимой медицинской помощи в Республике Тыва, беременные направляются на родоразрешение в подведомственные федеральным органам исполнительной власти перинатальные центры или медицинские организации, имеющие в структуре перинатальные центры, в которых предусмотрены детские хирургические отделения с койками для новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией.

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

93. В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума

беременная направляется для искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение межкожуунного медицинского центра или ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», в котором осуществляется верификация диагноза на основе результатов патологоанатомического вскрытия плода, молекулярно-генетических исследований (при необходимости) и экспертной оценки изображений, фиксирующих патологические изменения (статичных и (или) динамичных), полученных при проведении ультразвукового исследования, а также статических и динамических изображений магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии.

94. Досрочное родоразрешение по медицинским показаниям со стороны плода и отсутствию тяжелой соматической патологии у беременной при сроке беременности 22 недели и более проводится в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», в которых после рождения ребенка врачами-специалистами осуществляется верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений.

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

96. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода медицинская помощь в период беременности, родов и послеродовый период оказывается под контролем специалистов АКДЦ и консультативно-диагностического отделения ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр».

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

97. Беременные (роженицы) направляются на родоразрешение в организацию родовспоможения (акушерский стационар) с учетом медицинских показаний для госпитализации, установленных лечащим врачом, и (или) перинатальным консилиумом, и (или) консилиумом врачей.

98. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в центральные кожуунные больницы, имеющие в своей структуре urgentные родильные залы, являются:

активная фаза первого периода родов или роды вне организации родовспоможения (акушерского стационара);

состояние беременной (роженицы) и (или) плода, требующее оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.

99. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в межкожуунные медицинские центры являются:

нормально протекающая беременность без соматической и акушерской патологии;

отсутствие медицинских показаний к плановой операции кесарева сечения;
отсутствие высокого риска преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода, определенного по результатам пренатального скрининга I триместра;

отсутствие высокого риска акушерских кровотечений;

отсутствие высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений;

отсутствие высокого риска септических осложнений;

анемия легкой степени;

мертвоорождение в анамнезе;

анатомическое сужение таза I-II степени;

перенесенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

тазовое предлежание плода;

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

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

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

антенатальная гибель плода;

преэклампсия умеренная;

психические заболевания;

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

100. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» являются:

состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод;
 осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения;
 беременность после экстракорпорального оплодотворения;
 рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути;
 рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца;
 предлежание плаценты;
 расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения);
 подозрение на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;
 много- и маловодие;
 поперечное и косое положение плода;
 задержка роста плода;
 водянка плода;
 проведенная во время данной беременности внутриутробная хирургическая коррекция;
 изоиммунизация при беременности;
 тяжелая преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
 врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода;
 многоплодная беременность;
 беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
 опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенными формами эндометриоза;
 трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности;
 варикозная болезнь 3 степени;
 возраст до 16 лет включительно;
 холестаз, гепатоз беременных;
 заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);
 тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;
 заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
 диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

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

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

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

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

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

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

миастения;

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

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;

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

В ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» могут быть направлены женщины с показаниями для госпитализации в межкожуунные медицинские центры.

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

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

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

102. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи беременным в республике организуются консультации с врачами организации родовспоможения (акушерского стационара) третьей Б группы (уровня), иных подведомственных федеральным органам исполнительной власти медицинских организаций, в том числе НМИЦ, в том числе дистанционно с применением

телемедицинских технологий, для решения вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной.

103. При оказании медицинской помощи в период родов в случаях преждевременных родов госпитализация осуществляется в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

В случае невозможности доставки роженицы с преждевременными родами в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», беременная (роженница) доставляется в межкожуунный медицинский центр или в медицинскую организацию, в структуре которой создан urgentный родильный зал, с извещением АКДЦ.

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

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

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

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

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

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

совместное пребывание родильниц и новорожденных в послеродовой период.

106. Рекомендуемое время пребывания родильницы в организации родовспоможения (акушерском стационаре) при неосложненном течении послеродового периода после родов через естественные родовые пути - до 3 суток, при неосложненном течении послеродового периода после операции кесарева сечения - до 4 суток.

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

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

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

109. В случае выписки родильницы из организации родовспоможения (акушерского стационара) в сроки, указанные в пункте 106 настоящего Положения, и в случае неявки родильницы в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (для дальнейшего наблюдения в послеродовой период) в течение 14 дней после родов медицинскими работниками (акушером (акушеркой), фельдшером или врачом общей практики (семейным врачом), врачом-акушером-гинекологом) осуществляется посещение родильницы на дому (послеродовой патронаж), в том числе в составе мобильной медицинской бригады.

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

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

111. Для организации медицинской помощи, требующей проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в межкожунных медицинских центрах и в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» организованы отделения анестезиологии-реанимации, палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, а также АКДЦ и выездные консультативные бригады.

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

в части патологии сердечно-сосудистой системы:

остановка кровообращения,

шок любой этиологии,

острое нарушение мозгового кровообращения,

нарушения сознания,

продолжающееся введение вазопрессоров и (или) инотропных препаратов,

нарушения ритма сердца,

острый коронарный синдром,
 протезированные клапаны сердца,
 недостаточность кровообращения II и более степени по NYHA (New York Heart Association),

тромбоэмболия легочной артерии, подозрение на тромбоэмболию легочной артерии,

эмболия амниотической жидкостью, подозрение на эмболию амниотической жидкостью,

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

в части патологии респираторной системы:
 одышка в покое более 25 в минуту,
 острый цианоз,
 апноэ, патологический тип дыхания,
 декомпенсированный респираторный ацидоз,
 $PaO_2/FiO_2 < 200$ при дыхании атмосферным воздухом, высокопоточной оксигенации или искусственной вентиляции легких более 60 минут,

$SpO_2 < 90\%$ по пульсоксиметру более 60 минут,
 острый респираторный дистресс-синдром,
 тяжелая пневмония,
 обострение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких,
 аспирационный синдром,
 интубация трахеи и искусственная вентиляция легких более 60 минут, не связанная с анестезией;

в части акушерской патологии:
 тяжелая преэклампсия, эклампсия,
 холестатический гепатоз беременных,
 синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), связанный с беременностью,

чрезмерная рвота беременных,
 гемолиз любой этиологии,
 тромботическая микроангиопатия: HELLP-синдром, атипичный гемолитико-уремический синдром, тромботическая тромбопеническая пурпура, антифосфолипидный синдром,

кровопотеря более 1000 мл и (или) продолжающееся кровотечение,
 гистерэктомия,

лапаротомия, кроме операции кесарева сечения,

релапаротомия (любые показания),

разрыв матки,

осложнения после прерывания беременности в ранние сроки,

акушерский (хирургический) сепсис;

в части обменно-метаболических расстройств:

билирубин более 30 мкмоль/л без жировой дистрофии, синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), не связанный с беременностью, лактат артериальной крови более 2 ммоль/л, не связанный с шоком, декомпенсированный метаболический ацидоз, не связанный с шоком, гиперкалиемия более 5,5 ммоль/л, креатинин более 150 мкмоль/л, олигоанурия резистентная к введению жидкости, признаки гипогликемии, гипергликемии, кетоацидоза, тяжелая анемия (любая этиология), тромбоцитопения менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$, трансфузия компонентов крови; в части событий, связанных с оказанием медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология»:

госпитализация в отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) (любые показания), пребывание в отделении анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) для женщин более 24 часов, оценка физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса перед акушерской операцией у беременной, для согласования тактики анестезиологического пособия, осложнения анестезиологического пособия (любые), осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов.

113. В случае необходимости оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в отделение анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) привлекаются врачи по профилю заболевания, определившего необходимость проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, в том числе, из ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская детская больница», ГБУЗ Республики Тыва «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский онкологический диспансер», ГБУЗ Республики Тыва «Инфекционная больница».

Основанием для перевода родильниц из отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) в акушерское физиологическое отделение или акушерское наблюдательное отделение, беременных - в отделение патологии беременности (другие профильные структурные подразделения по медицинским показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения является стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций.

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

I этап - вне медицинской организации выездной консультативной бригадой;

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

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

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

Необходимость выезда, состав выездной консультативной бригады и объем медицинской помощи определяет АДКЦ ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ».

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

116. Наблюдение за течением беременности у беременных с ВИЧ-инфекцией осуществляется совместно врачом-акушером-гинекологом медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, и врачом-инфекционистом ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», с реализацией следующих мероприятий:

разработка плана наблюдения за течением беременности;

отражение в медицинской документации беременной с ВИЧ-инфекцией (учетной форме № 111/у-20, учетной форме № 113/у-20) уникального номера регистрационной записи в Федеральном регистре лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (постановление Правительства Российской Федерации от 8 апреля 2017 г. № 426 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом»), схемы антиретровирусной терапии, проводимой во время

беременности, данных лабораторных и клинических исследований, рекомендаций по схемам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности;

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

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

обеспечение при отказе беременной с ВИЧ-инфекцией от мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку немедленного информирования руководителя медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности у беременной с ВИЧ-инфекцией, и центра профилактики и борьбы со СПИД, подведомственного исполнительному органу субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, или других медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь беременным с ВИЧ-инфекцией на территории субъекта Российской Федерации, о сложившейся ситуации;

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

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

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

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

размещает в медицинской документации беременной с ВИЧ-инфекцией (учетной форме № 111/у-20, учетной форме № 113/у-20) при соблюдении конфиденциальности информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию, информацию о приеме (отказе от приема) антиретровирусных лекарственных препаратов и направляет информацию в центр профилактики и борьбы со СПИД, оказывающие медицинскую помощь беременным с ВИЧ-инфекцией на территории Республики Тыва;

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

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

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

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

121. Каждое лабораторное исследование экспресс-методом на ВИЧ-инфекцию сопровождается исследованием того же образца биологического материала (крови) методами иммуноферментного анализа или иммунного блоттинга в клинко-диагностической (микробиологической) лаборатории ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

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

122. Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в организации родовспоможения (акушерском стационаре) выделяются антиретровирусные лекарственные препараты ГБУЗ Республики Тыва «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

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

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

125. При наличии медицинских противопоказаний к проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку с использованием антиретровирусной терапии в родах в качестве самостоятельной профилактической процедуры, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, применяется операция кесарева сечения.

126. Окончательное решение о способе родоразрешения роженицы с ВИЧ-инфекцией принимается врачом-акушером-гинекологом, ведущим роды, с учетом рекомендаций врача-инфекциониста центра профилактики и борьбы со СПИД, состояния роженицы и плода, с сопоставлением в конкретной ситуации пользы от снижения риска заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов при проведении

операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции у роженицы.

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

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

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

VII. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

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

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

инфекций, передающихся преимущественно половым путем, обеспечивается планирование беременности.

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

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

134. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения межкожуунных медицинских центров, оказывающих специализированную медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, являются:

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

состояния, требующие оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме;

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

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

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

135. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологическое отделение ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, являются:

состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями после искусственного прерывания беременности или родов;

внематочная (эктопическая) беременность;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

138. При выписке женщины с гинекологическим заболеванием из гинекологического отделения обеспечивается преемственность в оказании медицинской помощи с женской консультацией и консультативно-диагностическим отделением ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», ЦКБ и ММЦ, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, с целью сохранения репродуктивного здоровья.

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

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

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

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

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

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

4-6 категории - наблюдаются врачом-онкологом.

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

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

VIII. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

143. 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.

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

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

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

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

145. 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.

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

147. Медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, направляет несовершеннолетнюю на прием (осмотр, консультацию) к врачу-акушеру-гинекологу ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская детская больница» 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, уrogenитального синуса, отсутствия входа во влагалище, свищей с вовлечением женских половых органов;

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

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

повышенного роста волос и оволосения по мужскому типу;

задержки физического развития;

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

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

состояния после хирургических вмешательств на органах брюшной полости; реконвалесценции после перенесенных инфекционных заболеваний и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

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

начала сексуальных отношений;

необходимости консультирования в целях индивидуального подбора метода контрацепции. По результатам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних формируются группы репродуктивного здоровья.

148. Несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями подлежат диспансерному наблюдению врачом-акушером-гинекологом ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская детская больница», прошедшим повышение квалификации по специальности «акушерство и гинекология» 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.

При достижении несовершеннолетними с гинекологическими заболеваниями 16 лет, диспансерное наблюдение может осуществлять врач-акушер-гинеколог ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», включающее проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, основанных на клинических рекомендациях.

149. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения в экстренной и неотложной форме, оказывается в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с заболеваниями молочных желез, требующими хирургического лечения в экстренной и неотложной форме, оказывается в ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1».

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 приказом № 193н.

150. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями в плановой форме оказывается по направлению врача-акушера-гинеколога или иного медицинского

работника в стационарных условиях или условиях дневного стационара в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» или в иных 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 располагающих койками гинекологическими для детей.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь несовершеннолетним с заболеваниями молочных желез в плановой форме оказывается по направлению врача-акушера-гинеколога или иного медицинского работника в стационарных условиях или условиях дневного стационара в ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1» или в иных медицинских организациях Российской Федерации, 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).

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 ГБУЗ Республики Тыва «Республиканская больница № 1».

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

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

IX. Оказание медицинской помощи при искусственном прерывании беременности

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

152. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель в соответствии с частью 2 статьи 56 Федерального закона № 323-ФЗ.

153. 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 (часть 3 статьи 56 Федерального закона № 323-ФЗ).

154. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности (часть 4 статьи 56 Федерального закона № 323-ФЗ).

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

156. 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, 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.

157. 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.

158. 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, либо медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника беременная направляется в межкожуунный медицинский центр или ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», в структуре которой

создан кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и имеющую медицинского психолога (психолога) или обученного медицинского работника.

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

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

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

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

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

164. Искусственное прерывание беременности в условиях дневного стационара проводится в медицинской организации при наличии операционной и врача-анестезиолога-реаниматолога круглосуточно непосредственно в здании, в котором размещен дневной стационар, или в ином здании данной медицинской организации с операционной и врачом-анестезиологом-реаниматологом круглосуточно и обеспечением транспортировки пациентки до него не более 20 минут выездной бригадой скорой медицинской помощи.

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

166. Искусственное прерывание беременности при наличии у беременной сердечно-сосудистых заболеваний, требующих применения кардиохирургических методов лечения, включенных в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, на сроке беременности до 22 недель проводится в гинекологическом отделении ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва», с привлечением врача сердечно-сосудистого хирурга, врача кардиолога ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 1».

167. Искусственное прерывание беременности у беременных с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в месте локализации рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений осуществляется в ГБУЗ Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» или перинатальном центре третьего Б уровня.

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

В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, при сроке беременности до 22 недель, беременная направляется для проведения искусственного прерывания беременности в гинекологическое отделение медицинской организации, оказывающий специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А или третьей Б группы (уровня), имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работы (услуги) по профилю тяжелого соматического заболевания, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, и по анестезиологии и реаниматологии.

169. В медицинских организациях, проводящих искусственное прерывание беременности и оказывающих специализированную медицинскую помощь в период беременности, беременные, планирующие искусственное прерывание беременности, и беременные с угрозой прерывания беременности, желающие сохранить беременность, размещаются в разных гинекологических отделениях или разных палатах при наличии одного гинекологического отделения в медицинской организации.

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

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

172. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обезболиванием.

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

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

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

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

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

После искусственного прерывания беременности осмотр врача-акушера-гинеколога при поликлинике или женской консультации, или врача акушер-гинеколога консультативно-диагностического отделения при отсутствии жалоб проводится через 10-15 дней.